

**PARTIE A RENSEIGNER PAR LE DIPLOME**

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Mail :

**PARTIE A RENSEIGNER PAR L'ORGANISME DEMANDEUR (facultatif)**

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

Mail :

**INFORMATION A TRANSMETTRE PAR L'UNIVERSITE**

Relevés de notes (précisez) :

Numéros étudiants (précisez) :

**PARTIE A RENSEIGNER PAR LE DIPLOME****A cocher (au choix) :**

Je souhaite demander mes relevés de notes ou identifiants et autorise l'Université Paris Cité à transmettre ces documents / informations

J'autorise la demande de mes relevés de notes par l'organisme indiqué ci-dessus et autorise l'Université Paris Cité à transmettre ces documents.

Je n'autorise pas la transmission des documents ou identifiants

Fait à :

Le :

Signature du diplômé

**Pièces à transmettre :**

- Copie de la pièce d'identité du diplômé (CNI ou passeport) - *obligatoire*
- Formulaire de consentement complété et signé par le diplômé - *obligatoire*

**Aucune demande ne pourra être traitée si les pièces obligatoires ne sont pas transmises lors de la demande de vérification.**

: