

**RETRAIT DU DIPLOME EN MAIN PROPRE**

Madame     Monsieur

Nom : .....

Nom Marital : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Je sollicite par la présente le retrait du diplôme suivant :

Ecole Doctorale	Type de diplôme (doctorat, HDR..)	Intitulé de la thèse soutenue (en français) <sup>o</sup>	Année d'obtention

*Le Docteur doit se présenter le jour du retrait muni des documents suivants :*

- *Ce formulaire dûment rempli et signé ;*
- *l'original et une copie de sa pièce d'identité en cours de validité,*

Date :

Signature :

**Votre contact :**

[scolarite.ded@paris-est-sup.fr](mailto:scolarite.ded@paris-est-sup.fr)

**Université Paris-Est**

Département des Études Doctorales

6-8, avenue Blaise Pascal

Cité Descartes- Champs sur Marne

77455 Marne La Vallée cedex