

Madame - Monsieur (cocher la case correspondante)

Prénoms :

Nom de famille :

Nom d'usage :

Date et lieu de naissance : à :

Adresse personnelle – voie :

Code postal, ville :

Téléphone :

ATTESTATION DE PERTE DE DIPLÔME

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur ne plus être en possession de mon diplôme :

intitulé exact :

obtenu le

• **Diplômes du social et du paramédical :**

Nom de l'organisme de formation :

Département :

• **Diplômes de l'animation et du sport :**

— Selon la nature du diplôme, préciser l'option ou la spécialité ainsi que les mentions complémentaires :

.....

— Pour les DEES en particulier, préciser la nature de l'examen :

Examen traditionnel

Examen en contrôle continu

Examen modulaire

C'est pourquoi je sollicite l'établissement d'une attestation de réussite.



Fait à le

(Signature)