

RETRAIT DE LA CARTE D'ETUDIANT
(Année universitaire 2024-2025)

Nom : Prénom :

Souhaite recevoir la carte d'étudiant à mon domicile :

Adresse.....
.....
.....

ou

Souhaite retirer la carte d'étudiant à la scolarité 3^o cycle de la Faculté de Santé
Département Médecine Maïeutique Médical, 37 allées Jules Guesde.

**En cas de perte, l'Université Paul Sabatier se dégage de toutes responsabilités.
Tout renouvellement de la carte sera facturé 15€.**

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions ci-dessus.

Le :
A :

Signature :