

**RETRAIT DE LA CARTE D'ETUDIANT**  
(Année universitaire 2022-2023)

Nom : ..... Prénom : .....

Souhaite recevoir la carte d'étudiant à mon domicile :

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

ou

Souhaite retirer la carte d'étudiant à la scolarité 3<sup>o</sup> 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 :