RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Lycée Sidoine Apollinaire
Clermont-Ferrand

DEMANDE DE DIPLÔME

CANDIDAT (E) :

NOM : ……

PRÉNOMS : ……

DATE DE NAISSANCE : ……. /……./…… **LIEU** : ……..……..

ADRESSE : ……

CODE POSTAL : ……**VILLE** : ……..

TELEPHONE : ……**MAIL :** ……

EXAMEN :

EXAMEN : ……

SERIE / SPECIALITE : ……..……..……

ANNEE D'OBTENTION : ……..……..……..

Pièces obligatoires :

- d'une copie d'une pièce d'identité (recto verso) du candidat avec photographie
- d'une enveloppe format A4 libellée à l'adresse du candidat et affranchie au tarif en vigueur (environ 8 €) pour l'envoi recommandé d'un pli de plus de 50 grammes avec accusé de réception
- du recommandé avec avis de réception prérempli au nom et à l'adresse du candidat

Fait le : ……. / ……. / …… **à** ……

Signature du candidat :