



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

DEPARTEMENT MEDECINE MAÏEUTIQUE ET PARAMEDICAL
Scolarité 3ème cycle



RETRAIT DE LA CARTE D'ETUDIANT
(Année universitaire 2025-2026)

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 :