

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE PERTE
DU DIPLOME DE

.....

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e), (NOM, Prénom)

demeurant au (Adresse)

.....

atteste sur l'honneur avoir perdu mon diplôme de, obtenu
en (Année)

Si toutefois, je suis amené(e) à retrouver ce diplôme, je m'engage à le restituer au service de la scolarité de
l'UFR d'odontologie Université Paris Cité– 1, rue Maurice Arnoux 92120 Montrouge.

Je sais que cette attestation pourra être produite en justice et que toute fausse déclaration de ma part
m'expose à des sanctions pénales.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait le, à

Signature :