



DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné/e NOM : _____ PRENOM : _____

Né/e le DATE (jour/mois/année) : _____ à _____

Domicilié/e à ADRESSE : _____

TELEPHONE : _____ EMAIL : _____

Déclare par la présente décharger le lycée La Découverte à Decazeville de toute responsabilité en cas de perte de mon diplôme original envoyé à mon domicile par courrier postal sur ma demande.

Fait à _____ *le* _____

SIGNATURE : (Signature manuscrite)