VOTRE ÉTABLISSEMENT

# LE PRÉSENT DOCUMENT ATTESTE QUE

Nom

a suivi avec assiduité le programme obligatoire approuvé par le Rectorat de Ville, et reçoit en conséquence ce

DIPLÔME

Fait le jour mois

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le Recteur |  | Le Directeur de l’établissement |