

Important : Avant d'exercer votre choix, veuillez prendre connaissance des instructions situées au verso - *Important Before selecting please refer to instructions on reverse side*

Quelle que soit l'option choisie, noircir comme ceci ■ la ou les cases correspondantes, dater et signer au bas du formulaire - *Whichever option is used, shade box(es) like this ■, date and sign at the bottom of the form*

GROUPE OPEN

Société anonyme au capital de 1 349 893,34 euros
Siège social : 24-32 rue Jacques Ibert- Carré Champerret
92300 Levallois-Perret
348 975 087 RCS Nanterre

**Assemblée Générale Mixte
du 19 mai 2021 à 9 heures**
tenue hors la présence physique des
actionnaires au siège social de la société

**Combined General Meeting of May 19th
2021 at 9 a.m**
to be held without physical presence of
shareholders to the registered office of the
company

CADRE RESERVE A LA SOCIETE - FOR COMPANY'S USE ONLY

Identifiant - Account

Vote simple
Single vote

Vote double
Double vote

Nominatif
Registered

Porteur
Bearer

Nombre d'actions
Number of shares

Nombre de voix - Number of voting rights

<input type="checkbox"/> JE VOTE PAR CORRESPONDANCE / I VOTE BY POST Cf. au verso (2) - See reverse (2)	Sur les projets de résolutions non agréés, je vote en noircissant la case correspondant à mon choix. <i>On the draft resolutions not approved, I cast my vote by shading the box of my choice.</i>	<input type="checkbox"/> JE DONNE POUVOIR AU PRÉSIDENT DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE Cf. au verso (3) <i>I HEREBY GIVE MY PROXY TO THE CHAIRMAN OF THE GENERAL MEETING</i> See reverse (3)	<input type="checkbox"/> JE DONNE POUVOIR À : Cf. au verso (4) pour me représenter à l'Assemblée <i>I HEREBY APPOINT: See reverse (4) to represent me at the above-mentioned Meeting</i> M. Mme ou Mlle, Raison Sociale/ Mr, Mrs or Miss, Corporate Name Adresse / Address
---	--	--	--

ATTENTION : Pour les titres au porteur, les présentes instructions doivent être transmises à votre banque.
CAUTION: if it is about bearer securities, the present instructions will be valid only if they are directly returned to your bank

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;">Non / No</td><td style="width: 5%; text-align: center;">1</td><td style="width: 5%; text-align: center;">2</td><td style="width: 5%; text-align: center;">3</td><td style="width: 5%; text-align: center;">4</td><td style="width: 5%; text-align: center;">5</td><td style="width: 5%; text-align: center;">6</td><td style="width: 5%; text-align: center;">7</td><td style="width: 5%; text-align: center;">8</td><td style="width: 5%; text-align: center;">9</td><td style="width: 5%; text-align: center;">10</td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Abs.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Non / No</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">19</td><td style="text-align: center;">20</td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Abs.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Non / No</td><td style="text-align: center;">21</td><td style="text-align: center;">22</td><td style="text-align: center;">23</td><td style="text-align: center;">24</td><td style="text-align: center;">25</td><td style="text-align: center;">26</td><td style="text-align: center;">27</td><td style="text-align: center;">28</td><td style="text-align: center;">29</td><td style="text-align: center;">30</td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Abs.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Non / No</td><td style="text-align: center;">31</td><td style="text-align: center;">32</td><td style="text-align: center;">33</td><td style="text-align: center;">34</td><td style="text-align: center;">35</td><td style="text-align: center;">36</td><td style="text-align: center;">37</td><td style="text-align: center;">38</td><td style="text-align: center;">39</td><td style="text-align: center;">40</td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Abs.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Non / No</td><td style="text-align: center;">41</td><td style="text-align: center;">42</td><td style="text-align: center;">43</td><td style="text-align: center;">44</td><td style="text-align: center;">45</td><td style="text-align: center;">46</td><td style="text-align: center;">47</td><td style="text-align: center;">48</td><td style="text-align: center;">49</td><td style="text-align: center;">50</td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Abs.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Non / No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non / No	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non / No	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non / No	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non / No	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;">Oui/Yes</td><td style="width: 5%; text-align: center;">A</td><td style="width: 5%; text-align: center;">B</td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Non / No</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Abs.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Oui/Yes</td><td style="text-align: center;">C</td><td style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Non / No</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Abs.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Oui/Yes</td><td style="text-align: center;">E</td><td style="text-align: center;">F</td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Non / No</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Abs.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Oui/Yes</td><td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Non / No</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Abs.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Oui/Yes</td><td style="text-align: center;">I</td><td style="text-align: center;">J</td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Non / No</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="width: 5%;">Abs.</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Oui/Yes	A	B	Non / No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui/Yes	C	D	Non / No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui/Yes	E	F	Non / No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui/Yes	G	H	Non / No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui/Yes	I	J	Non / No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">Nom, prénom, adresse de l'actionnaire (les modifications de ces informations doivent être adressées à l'établissement concerné et ne peuvent être effectuées à l'aide de ce formulaire). Cf au verso (1) Surname, first name, address of the shareholder (Change regarding this information have to be notified to relevant institution, no change can be made using this proxy form). See reverse (1)</p>
Non / No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																																																			
Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																			
Non / No	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																																																																																																																																			
Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																			
Non / No	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																																																																																																																																																			
Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																			
Non / No	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40																																																																																																																																																			
Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																			
Non / No	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50																																																																																																																																																			
Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																			
Oui/Yes	A	B																																																																																																																																																											
Non / No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Oui/Yes	C	D																																																																																																																																																											
Non / No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Oui/Yes	E	F																																																																																																																																																											
Non / No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Oui/Yes	G	H																																																																																																																																																											
Non / No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Oui/Yes	I	J																																																																																																																																																											
Non / No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											
Abs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																											

Si des amendements ou des résolutions nouvelles étaient présentées en assemblée, je vote NON sauf si je signale un autre choix en noircissant la case correspondante :
In case amendments or new resolutions are proposed during the meeting, I vote NO unless I indicate another choice by shading the corresponding box:

- Je donne pouvoir au Président de l'assemblée générale. / I appoint the Chairman of the general meeting

- Je m'abstiens. / I abstain from voting

- Je donne procuration [cf. au verso renvoi (4)] à M., Mme ou Mlle, Raison Sociale pour voter en mon nom

I appoint (see reverse (4) Mr, Mrs or Miss, Corporate to vote on my behalf

Pour être pris en considération, tout formulaire doit parvenir au plus tard : **15 mai 2021**
To be considered, this completed form must be returned no later than:

à la banque / by the bank Sur 1ère convocation/on 1st notification sur 2ème convocation/on 2nd notification
à la société / by the company

Date & Signature

Si le formulaire est renvoyé daté et signé mais qu'aucun choix n'est coché (carte d'admission / vote par correspondance / pouvoir au président / pouvoir à mandataire), cela vaut automatiquement pouvoir au Président de l'assemblée générale
**If the form is returned dated and signed but no choice is checked (admission card / postal vote / power of attorney to the President / power of attorney to a representative), this automatically applies to the President of the General Meeting*

