TCF pour la DAP

FICHE D'INSCRIPTION

Session du _____

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville : **Code Postal :** **Etat :**

Téléphone : **Téléphone mobile :**

Adresse électronique :

Sexe : masculin ❑ féminin ❑

Date de naissance : / / JJ/MM/AAAA

Ville et pays de naissance :

Nationalité :

Langue maternelle : **Langue usuelle :**

Section obligatoire uniquement

Paiement ❑ 200 dollars (membre FIAF)

❑ 215 dollars (non-membre FIAF)

CHEQUE ❑ (paiement sur place ou par courrier uniquement)

VISA ❑ MC ❑ AMEX ❑ No. _____

❑Date d'expiration : mois _ _ année _ _

French Institute Alliance Française Language Center - 22 East 60th Street New York NY 10022
Tel: 646 388 6691 Fax: 212 527 2678 vsiraisi@fiaf.org