

REGISTRATION FORM

Session date _____

Last Name/Nom:

First Name/Prénom:

Address/Adresse :

City/Ville :

State/Etat :

Zip Code/Code Postal :

Phone/Téléphone :

Cell/Téléphone mobile :

Email/Courriel :

Gender/Sexe : **male/masculin**

female/féminin

Date of Birth/Date de naissance : / / **MM/DD/YY**

City and Country of Birth/ Ville et pays de naissance:

Nationality/Nationalité :

Mother Tongue/Langue maternelle:

Do you have any disability/Avez-vous un handicap: Yes/Oui **No/Non**

If yes, please email a medical note to alliance@afphila.com.

Reason(s) for taking the exam, check all that apply/motif d'inscription.

- Naturalisation
- Carte de résident
- Contrat d'intégration républicaine

PAYMENT

- TCF IRN** \$275.00 (non member)
 TCF IRN \$255.00 (member)

The *attestation de réussite* (diploma) will be sent in a PDF format, via email (no paper copy).

Payment/Paiement: _____ **USD**

CHECK/ Cheque _____ (Order/Ordre: Alliance Française)

VISA **MC** **DISCOVER** **No.** _____

Expiration Date/Date d'expiration: **Month/Mois** __ **Year/année** __

Security Code/Code de sécurité :

- I understand that registration fees are non refundable.**

Date/date:

Signature/signature:

Please fill out and email the form to alliance@afphila.com.

Your registration will be confirmed via email.

If you do not receive an email confirmation within a week, please contact us at
alliance@afphila.com or at 215 735 5283.

Merci !