

**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, what is it? Si oui, lequel? .....

Are you a member of/Êtes-vous membre de l'AF de Philadelphie?

Yes/Oui  No/Non

Payment/Paiement : \_\_\_\_\_ USD

CHECK/ Cheque                       (Ordre/Order : Alliance Francaise)

VISA     MC  DISCOVER  No. \_\_\_\_\_

Expiration Date/Date d'expiration: Month/Mois \_\_ Year/année \_\_

Security Code/Code de sécurité :

**THE EXAMINATION FEE IS NON REFUNDABLE ONCE REGISTERED.**