
REGISTRATION FORM

Session _____

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/homme

female/femme

Date of Birth/Date de naissance : / / MM/DD/YY MM/JJ/AA

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.

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

Yes/Oui No/Non

CHOIX DES ÉPREUVES

(deux épreuves = \$220 | \$50 pour chaque épreuve supplémentaire)

Compréhension orale

Expression orale

Compréhension écrite

Expression écrite

PAYMENT

Payment/Paiement : _____ USD

CHECK/ Cheque (Order/Ordre : Alliance Francaise)

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 !