



Alliance Française
de Philadelphie

Test de Connaissance du Français pour le Québec

REGISTRATION FORM FICHE D'INSCRIPTION Session _____

Compulsory examination: \$320 for non-members, \$300 for members

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, 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**

Alliance Française de Philadelphie
1420 Walnut Street – Suite 700 - Philadelphia, PA 19102
Tel: 215. 735.5283 - Fax: 215.735.1181 – alliance@afphila.com

CHECK/ Cheque

(Order/Ordre : Alliance Francaise)

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

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

Security Code/Code de sécurité :