



Alliance Française
de Philadelphie

Test de connaissance du Français pour l'accès à la nationalité française

REGISTRATION FORM FICHE D'INSCRIPTION 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**/masculin

female/féminin

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**

CHECK/ Cheque (Ordre/Order : Alliance Francaise)

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

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

Security Code/Code de sécurité :