



Alliance Française
de Philadelphie

TCF

Test de Connaissance du Français

REGISTRATION FORM Session _____

Compulsory examination: \$220 for non-members, \$200 for members

Optional examinations : - **Expression écrite/written expression (\$50)** yes no
- **Expression orale/spoken expression (\$50)** yes no

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/Etes-vous membre de l'AF de Philadelphie? Yes/Oui **No/Non**

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 :

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

