



Test de Connaissance du Français pour le Québec



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/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

CHECK/ Cheque (Order/Ordre : Alliance Francaise)

VISA MC DISCOVER No. _____

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

Security Code/Code de sécurité :