



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 :