



FORMULAIRE D'INSCRIPTION DELF / DALF

1. Examen

Avez-vous déjà passé un examen DELF / DALF ? oui non

Si oui, veuillez inscrire votre numéro de candidat : _____

À quel niveau souhaitez-vous vous inscrire :

DELF PRIM A1.1 A1 A2

DELF Junior A1 A2 B1 B2

DELF Tout Public A1 A2 B1 B2

DALF C1 C2

2. Coordonnées

Madame

Monsieur

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Ville et pays de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Etablissement scolaire fréquenté : _____

Langue maternelle : _____

Motif de l'inscription : _____

3. Modalités d'inscription

* L'inscription ne peut être annulée au plus tard que 15 jours avant l'examen.

* L'inscription est effective uniquement après réception du paiement.

* Formulaire d'inscription à retourner par email à h.barsheshet@ambfr-il.org

Signature