

## בקשה לביטול הרשמה / החזר כספי

---

שם משפחה :

שם פרטי :

נייד :

שם הקורס שנלמד:

תאריך הפסקת הקורס :

תאריך התחלת הקורס :

**נא לפרט מה הסיבה לבקשת ביטול הרשמה לקורס / החזר כספי :**

**נא לצרף אישורים ומסמכים :**

**ביטול הרשמה / החזר כספי הקורס מותנה באישור הנלת המכון הצרפתי.**

חתימה :

תאריך :

---

**Partie réservée à l'administration :**

Date :

Demande acceptée :

Demande refusée :