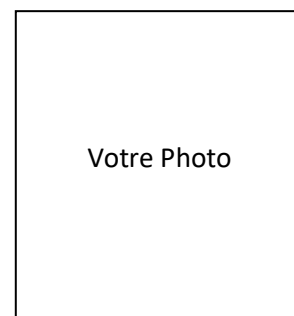


## FICHE D'INSCRIPTION

Conformément à la loi du 6 Janvier 1978, les données vous concernant ne sont jamais divulguées à des tiers et vos adresses e-mails ne sont jamais communiquées.

- MÉDECINE                       DENTAIRE  
 KINÉ                                 PHARMACIE  
 MAÏEUTIQUE (Sage-Femme)



NOM : ..... PRÉNOM : ..... DATE DE NAISSANCE : \_ / \_ / \_ \_ \_ \_

N° DE PORTABLE : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_      ADRESSE MAIL : ..... @ .....

ADRESSE DE L'ÉTUDIANT : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

ADRESSE DES PARENTS (SI DIFFÉRENTE) : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

N° DE TELEPHONE DES PARENTS : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

PROFESSION DES PARENTS : PÈRE : ..... MÈRE : .....

BACCALAURÉAT :    SÉRIE : ..... SPÉCIALITÉ : .....

LYCÉE: ..... VILLE : .....

### STATUT

Terminale :

Primant :

Doublant :      Nombre de points : .....

Classement : .....

Comment nous avez-vous connu ? .....