



BULLETIN D'INSCRIPTION Concours Médecine

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TEL DOMICILE : _____ TEL PORTABLE : _____

E-mail : _____

NIVEAU D'ETUDES : _____ DIPLOMES : _____

Dans quelle(s) Faculté(s) de Médecine êtes-vous inscrit : _____

Etes-vous inscrit à d'autres formations si oui merci de préciser : _____

FORMULE(S) ENVISAGEE(S)

STAGES INTENSIFS

ACCOMPAGNEMENT SEMESTRIEL

Après avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription, je souhaite m'inscrire à la préparation de : _____

J'inscris ci-dessous le coût de la formation *soit : _____

Je joins un chèque d'acompte de 300 €

*Les tarifs sont à consulter dans la rubrique Tarifs

CONDITIONS GENERALES D'INSCRIPTION

INSCRIPTION :

La fiche doit être retournée dûment complétée accompagnée d'une photo d'identité. Au moment de l'inscription, un acompte de 300€ devra être versé.

RÈGLEMENT :

Le règlement complet doit être impérativement effectué à l'inscription. Tout retard de règlement pourrait entraîner l'exclusion provisoire de l'étudiant.

DESISTEMENT :

Tout désistement doit être notifié et justifié par écrit : Echec au BAC – Maladie – Déménagement – Accident - Décès.

Toute scolarité commencée est intégralement due.

EXCLUSION :

La direction se réserve le droit d'exclure les étudiants en cas de comportement répréhensible ou de résultats insuffisants à l'issue des examens de contrôle du premier trimestre

CLAUSE DE GARANTIE SÉCURITÉ :

En cas d'échec au bac vous pouvez choisir d'être remboursé du montant de l'inscription ou de faire un report pour être prioritaire sur l'année suivante.

Fait à : _____ le : _____

Date et Signature
de l'élève

Date et Signature
des parents

Date et Signature
ASSURMATH