

Mme M.

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE/...../..... VILLE DE NAISSANCE

PAYS DE NAISSANCE NATIONALITE

ADRESSE :

TEL. : COURRIEL (email) :

STATUT : LYCEEN ETUDIANT ENSEIGNANT AUTRES

PRECISER :

ETES-VOUS INSCRIT(E) AUX COURS DE FRANÇAIS DISPENSES AU DEPARTEMENT DE LANGUES DE L'INSTITUT FRANÇAIS DE CONSTANTINE ? OUI NON

MERCI DE BIEN VOULOIR COCHER LA/LES CASE(S) ADEQUATE(S) : CHOIX A RESPECTER LE JOUR DE L'EXAMEN

DELFDALF	A1		DALF	C1 LETTRES ET SCIENCES HUMAINES	
	A2			C1 SCIENCES	
	B1			C2 LETTRES ET SCIENCES HUMAINES	
	B2			C2 SCIENCES	

DROITS D'INSCRIPTION :

EXAMEN	TARIF G.P. (*)	TARIF ETUDIANT IFC (**)	EXAMEN	TARIF G.P.	TARIF ETUDIANT IFC
DELFDALF A1	6000 DA	3000 DA	DELFDALF B2	8000 DA	4000 DA
DELFDALF A2	6000 DA	3000 DA	DALF C1	10 000 DA	5000 DA
DELFDALF B1	6000 DA	3000 DA	DALF C2	10 000 DA	5000 DA

(*) GRAND PUBLIC (**) ETUDIANTS DU DEPARTEMENT DE LANGUES DE L'INSTITUT FRANÇAIS DE CONSTANTINE AYANT BENEFICIE D'UN COURS DE FRANÇAIS SANS AVOIR EFFECTUE, ENCORE, UN EXAMEN DELFDALF AU COURANT DE LA MEME ANNEE.

- N.B :**
1. En cas d'absence les frais d'inscription de seront pas remboursés.
 2. Toute demande de rectification de quelque ordre que ce soit est désormais payante : 1500 DA.

Constantine, le/...../.....

Signature du candidat