

FORMULAIRE D'INSCRIPTION CERTIFICAT VOLTAIRE

Uniquement pour les sessions organisées par l'Alliance
française de Bruxelles-Europe



Alliance Française
Bruxelles-Europe
Centre Européen de Langue Française

CANDIDAT(E)

NOM :			
Prénom(s) :			
Date de naissance (jour/mois/année) :/...../.....	Sexe :	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme
Ville de naissance :			
Pays de naissance :			
Nationalité :			
Langue maternelle :			
Téléphone portable (GSM) :			
Courriel :			

CERTIFICAT VOLTAIRE 2017

	Date	Date limite d'inscription
Session 1 - janvier	<input type="checkbox"/> 25 janvier	10 janvier 2017
Session 2 - avril	<input type="checkbox"/> 19 avril	29 mars 2017
Session 3 - septembre	<input type="checkbox"/> 14 septembre	23 août 2017
Session 4 - novembre	<input type="checkbox"/> 29 novembre	8 novembre 2017

ATTENTION : Les dates mentionnées ci-dessus correspondent aux épreuves collectives.
Les épreuves individuelles pourront avoir lieu entre le premier et le dernier jour ouvrable du mois de la session choisie.

CONDITIONS GÉNÉRALES

J'ai pris connaissance des conditions générales et les accepte.

Date :/...../..... Signature du candidat :

NOTE INFORMATIVE

TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES ET DROIT D'ACCÈS AUX INFORMATIONS

Le Centre d'examen de l'Alliance française de Bruxelles-Europe (BELGIQUE) dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les dossiers des candidats du Certificat Voltaire.

Les informations enregistrées lors des inscriptions sont réservées à l'usage des services mentionnés ci-dessus et ne peuvent être communiquées qu'à l'intéressé.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant.

En conséquence vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez nous adresser votre demande à :

Alliance française de Bruxelles-Europe
Pôle certifications
46, avenue des Arts – 1er étage
1000 Bruxelles (Belgique)

Date :/...../.....

Lu et approuvé,

Signature du candidat : _____

NE PAS REMPLIR – Cadre réservé à l'administration

Tarifs préférentiels AFBE		45 €
Paiement des droits d'inscription par :	<input type="checkbox"/> VISA	Fait à Bruxelles le ____/____/____ Signature AFBE :
	<input type="checkbox"/> BANCONTAT	
	<input type="checkbox"/> EN ESPÈCES	
	<input type="checkbox"/> VIREMENT	
Remarques :		