

**DEMANDE D'INSCRIPTION A LA PREPARATION A LA LICENCE SANTE MMOP
NIVEAU TERMINALE
D'octobre 2020 à juillet 2021**

RESPONSABLES LEGAUX	
NOM RESP 1 : _____ Prénom : _____ Profession : _____ ☎ Portable : / / / / / / / / / / ☎ Travail : / / / / / / / / / / Courriel : _____ Situation familiale : Marié – Divorcé – Veuf – Célibataire	NOM RESP 2 : _____ Prénom : _____ Profession : _____ ☎ Portable : / / / / / / / / / / ☎ Travail : / / / / / / / / / / Courriel : _____ Situation familiale : Mariée – Divorcée – Veuve – Célibataire
Adresse de facturation: _____ Code Postal : / / / / / / / / Ville : _____	

CANDIDAT
NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G Né(e) : ___ / ___ / _____ Lieu de Naissance : _____ Dépt. : ___ / ___ / Courriel du Candidat : _____ ☎ Portable : / / / / / / / / / / Etablissement fréquenté actuellement: _____ Classe : _____ Boursier : <input type="checkbox"/> Oui (fournir justificatif) <input type="checkbox"/> Non

Coût et modalités d'inscription

PREPA ANNUELLE = 100 h sur 4 semaines	900 € (760€ si boursier) + 50 € Frais de dossier
--	---

Merci de joindre à cette fiche :

- Une lettre de motivation + bulletins scolaires de 1ere
- Un chèque d'arrhes de 100 €, encaissé seulement après acceptation du dossier par la commission pédagogique

A retourner à l'adresse du centre de formation avant **le 5 octobre 2020 avec votre photo collée ci-dessous**

Engagement d'inscription

Je soussigné(e) (candidat majeur ou responsable légal)
 demande ce jour une inscription à la préparation aux concours de Médecine (niveau Terminale)
 proposée par le centre de formation Frédéric Ozanam de Mâcon, et déclare avoir pris connaissance
 des modalités d'inscription.

Mâcon, le
Signature

