



**ECOLE D'ASSAS.**

56 rue de l'Eglise  
75015 PARIS  
Tél. : 01 45 57 23 20

**ANGLAIS MEDICAL**

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION ETUDIANTS**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

N° d'inscription (*réserve au Secrétariat*) : \_\_\_\_\_

**Prix de la formation : 550 €**

**Payables de la façon suivante (2 chèques à remettre le jour de l'inscription) :**

- Premier versement de **275 €** chèque bancaire encaissable à l'inscription.
- Deuxième versement de **275 €** encaissable au 15 octobre.

Chèque à l'ordre de l'Ecole d'Assas.

L'abandon par l'étudiant d'une formation débutée, même de quelques jours et quelle qu'en soit la cause, ne le dispense pas du paiement total des frais de scolarité de l'année en cours.

Nom du responsable financier : \_\_\_\_\_

Signature du responsable financier (\*) : \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiant (\*) : \_\_\_\_\_

*Pour éviter toute erreur d'homonymie, veuillez, préciser au dos de vos chèques vos noms et prénoms.*

\* Précédée de la mention manuscrite  
"lu, approuvé et accepté"