

ISTITUTO ITALIANO di CULTURA BRUXELLES

FORMULAIRE D'INSCRIPTION
COURS POUR JEUNES de 10 à 14 ans

A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES

NOM
PRÉNOM
RUE N°
LOCALITE CODE POSTAL
TEL COURRIEL
AGE LANGUE MATERNELLE
LANGUE(S) MATERNELLE(S) DES PARENTS

ÉTUDES DEJA SUIVIES EN ITALIEN (NIVEAU DES COURS ET DUREE DE L'APPRENTISSAGE)

.....
.....
.....

J'AI APPRIS L'EXISTENCE DES COURS D'ITALIEN DONNÉS PAR L'INSTITUT: (Veuillez cocher une ou plusieurs cases)

SITE WEB

"METRO"

BOUCHE A OREILLE

FACEBOOK

WWW.SIEP.BE

AUTRE

Bruxelles, le ____/____/____

Signature de l'étudiant _____

Signature d'un parent _____