



P A R I S

# Fiche d'inscription

à retourner remplie et signée par fax au **01 42 36 37 82**  
ou par courrier :

**Ecole Internationale de Coiffure**

Etablissement d'enseignement technique privé

76, rue Réaumur 75002 PARIS

**www.ecoleinternationaledecoiffure.com**

Si vous désirez un conseil d'orientation,  
consultez M. Gérard Garbis au :

Tél : 01 42 36 70 15

**Je soussigné(e),** Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_

## désire m'inscrire au cours de C.A.P. MIXTE

**J'adresse,** à ce jour, à Mr GARBIS, Directeur, la somme de \_\_\_\_\_ €

représentant le premier versement à valoir sur la somme de \_\_\_\_\_ € du forfait total\*\*

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Signature :

## Je coche les cases de la formation que je désire suivre :

### PRÉPARATION AUX EXAMENS PROFESSIONNELS D'ÉTAT\*

Type de formation	<b>C.A.P. MIXTE</b>			
Diplôme choisi	CERTIFICAT D'APTITUDE PROFESSIONNELLE MIXTE			
Durée choisie	<input type="checkbox"/> 1 AN		<input type="checkbox"/> 2 ANS	
Option choisie	<input type="checkbox"/> 4 JOURS	<input type="checkbox"/> 3 JOURS	<input type="checkbox"/> 5 JOURS	<input type="checkbox"/> 4 JOURS

\* Cochez la case correspondante

\*\* Voir modalités des cours page suivante