

Sr Srta Sra : _____

NOMBRE : _____

FECHA DE NACIMIENTO : _____

NACIONALIDAD : _____

PAÍS DE NACIMIENTO : _____

LENGUA MATERNA : _____

USTED YA SE EXAMINÓ EN EL TCF ? CUANDO ? _____

ANTIGÜO CÓDIGO TCF (si usted ya se examinó) _____

Número de teléfono : _____

Correo electrónico : _____

En que mes desea examinarse ? _____

PRUEBAS OBLIGATORIAS : SI NO

PRUEBAS FACULTATIVAS

Expresión escrita : SI NO

Expresión oral : SI NO

PRUEBAS OBLIGATORIAS = 78€

PRUEBAS FACULTATIVAS (escrito + oral)= 78€

Expresión escrita : 40€

Expresión oral : 40€

Por favor, adjunte el pago a la inscripción. Los cheques deben estar en la orden de IFALPES.

Centros de examen TCF (por favor escoja) :

IFALPES CHAMBERY
CHATEAU DE BOIGNE
PARC DE BUISSON ROND,
BP 9, 73017 CHAMBERY CEDEX
Tél : 04 79 85 83 16,
Fax : 04 79 85 13 56
info@ifalpes.fr

IFALPES ANNECY
42 Chemin de la Prairie
74000 ANNECY
Tél : 04 50 45 38 37
Fax : 04 50 45 86 72
infos@ifalpes.fr

No olvide contactarnos una semana antes de la fecha del examen para obtener la confirmación de la hora del test.

Usted tendra que traer un sobre sellado para que podamos mandarle los resultados por correo.

Para el examen : **Pasaporte y/o documento de identidad - obligatorio**