

LA PREPA C.P.C.M

FICHE PRE-INSCRIPTION

MÉDECINE ■ DENTAIRE ■ SAGE-FEMME PHARMACIE

A retourner à la Prépa C.P.C.M - 106, bd Saint Germain 75006 PARIS

Nom :

Prénom : Né(e) le :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Tél. : Port :

Mail :

En classe de Terminale : Série Spécialité

Demande ma pré-inscription à la :

MISE A NIVEAU

PRÉ-RENTRÉE

PERFECTIONNEMENT CONTINU (Révisions intensives incluses) :

ANNUEL

1^{er} SEMESTRE

2nd SEMESTRE

CHOIX DES FACULTES PAR ORDRE PREFERENTIEL

1) 2) 3) 4)

Ci-joint un chèque d'acompte de 100€ (restitué en cas d'échec au baccalauréat)

J'ai connu le C.P.C.M par :

Date et Signature