



ÉCOLE DE CONDUITE RAHMA

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom: _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse: _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Tel. : _____

Avez-vous déjà obtenu un permis apprenti?

Oui

Non

Je ne sais pas

Numéro Permis d'Apprenti _____

date d'obtention : _____

Type de cours : _____

Prix : _____

Date d'inscription : _____

date d'expiration : _____

Disponibilité :

Jour	Matinée	Après-midi	Soirée
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Dimanche			

Signature de représentant de l'école :

Signature de l'élève :
