



FICHE D'INSCRIPTION FORMATION PROFESSIONNELLE MEDECINE CHINOISE TRADITIONNELLE

NOM :

Prénom :

Né le : / / Heure de naissance : à :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Email :

Profession :

Etudes / Ecoles suivies (matières et nb d'années):

.....

Diplômes obtenus :

Exercez-vous une activité médicale..... si oui précisez

Comment avez vous connu l'Ecole de la Cour Jaune ?

A, le

Signature :
(du représentant légal pour les mineurs)