

DELFLDALF tout public
Session: Novembre / November 2020

Family name: _____ Given name: _____
 Sex Male Female Other Date of birth: _____ [YYYY/MM/DD]
 Country of birth: _____ City of birth: _____
 Citizenship: _____ Native language: _____

Address:

Street	Apt. #	City
Province	Postal code	Country

Phone: _____ Email: _____

Have you registered for the DELF before? ☐ No ☐ Yes, candidate number: _____

Select the test or tests for which you would like to register (you may choose more than one):

Diplomas	Levels	DELFLDALF tout public	Fees
DELFL B1	Independant	B1 (November 4)	\$195.00
DELFL B2		B2 (November 5)	\$195.00
DALFL C1	Proficient	C1 (November 6)	\$275.00
DALFL C2		C2 (November 2)	\$275.00
TOTAL :			\$

ADMINISTRATION:

Date d'inscription: _____
 Numéro candidat: _____
 Montant payé: _____
 Date du paiement: _____

SIGNATURE:

Date: _____

IMPORTANT :

CANDIDATE'S VALID PICTURE I.D. IS MANDATORY TO REGISTER.

PIÈCE D'IDENTITÉ EN COURS DE VALIDITÉ OBLIGATOIRE POUR TOUTE INSCRIPTION.

DEL F/DALF tout public
Session: Novembre / November 2020

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Genre Homme Femme Autre Date de naissance: _____ [JJ/MM/AAAA]

Pays de naissance : _____ Ville de naissance : _____

Nationalité: _____ Langue maternelle: _____

Adresse: _____

Rue

Apt.

Ville

Province

Code postal

Pays

Téléphone: _____ Email: _____

Avez-vous déjà été inscrit au DELF? ☐ Non ☐ Oui, numéro de candidat: _____

Sélectionnez-le ou les examens que vous souhaitez passer (vous pouvez vous inscrire pour plusieurs niveaux):

Diplômes	Niveaux	DEL F-DALF tout public	Fees
DEL F B1	Utilisateurs indépendants	B1 (4 novembre)	\$195.00
DEL F B2		B2 (5 novembre)	\$195.00
DALF C1	Proficient	C1 (6 novembre)	\$275.00
DALF C2		C2 (2 novembre)	\$275.00
TOTAL :			\$ _____

ADMINISTRATION:

Date d'inscription: _____

Numéro candidat: _____

Montant payé: _____

Date du paiement: _____

SIGNATURE:

Date: _____

PAIEMENT A DISTANCE : FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PRELEVEMENT SUR CARTE DE CREDIT

Je, (NOM & Prénom) _____, autorise l'Alliance Française Ottawa (Alliance Française de la Région de la Capitale Nationale du Canada) à prélever la/les somme(s) suivante (s) de ma carte de crédit (références ci-dessous) :

DEL F B1, Tarif: 195.00\$

DEL F B2, Tarif: 195.00\$

DAL F C1, Tarif: 275.00\$

DAL F C2, Tarif: 275.00\$

NOM et Prénom du/de la candidat(e) au DAL F :

Titulaire de la carte

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de téléphone : _____ Email : _____

Adresse de facturation de la carte :

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Information de la carte de crédit (détruit après le règlement)

Credit card information (will be destroyed once transaction processed)

Visa Mastercard Amex

SIGNATURE OBLIGATOIRE : ➡

Le ____ / ____ / ____ (JJ/MM/AAAA) à (Ville) _____

Numéro de carte : _____

Date d'expiration : ____ / ____

Code de sécurité CVV/CVC (au dos de la carte) : ____

CVV/CVC security code (back of the card)

AMEX: *2.5% de frais seront appliqués (2.5% of fees will be applied).