



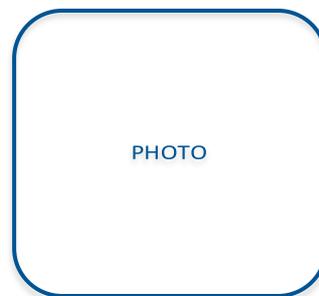
## CONTRAT D'INSCRIPTION 2024/25

Écurie 100% Médecine Dentaire Sage-femme Pharmacie Kiné

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

L.AS validée sur Parcoursup : \_\_\_\_\_



### Coordonnées Parents :

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code Postal et Ville : \_\_\_\_\_

Tél portable mère : \_\_\_\_\_ père : \_\_\_\_\_

Email mère : \_\_\_\_\_

Email père : \_\_\_\_\_

### Contact Étudiant :

Email : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Tél port étudiant : \_\_\_\_\_

*Par ce contrat, Cap Médecine s'engage à fournir la prestation décrite dans sa documentation. Une tenue appropriée est exigée dans l'établissement. Cap Médecine se réserve le droit d'exclure sans préavis tout étudiant dont le comportement serait contraire au bon fonctionnement de l'établissement. L'INSCRIPTION EST DÉFINITIVE. Si l'étudiant décidait d'abandonner ses études, aucun remboursement partiel ne serait alors accordé.*

Fait à Nice le \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiant  
(s'il est mineur, signature des parents).

Pour Cap Médecine,  
la Directrice