



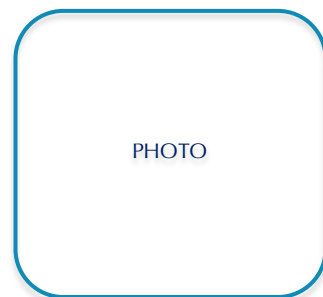
CONTRAT D'INSCRIPTION 2024/25

Première Santé & Terminale Santé

NOM : _____

Prénom : _____

Lycée : _____



Coordonnées Parents :

Adresse : _____

Code Postal et Ville : _____

Tél portable père : _____ mère : _____

Email : _____

Contact Étudiant :

Email : _____

Date de naissance : _____ Tél port étudiant : _____

PROGRAMMES ANNUELS D'ANTICIPATION :

☐ Première Santé ☐ Terminale Santé INTENSIVE ☐ Terminale Santé SPECIAL VACANCES

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 ces études, aucun remboursement partiel ne serait alors accordé.

Fait à :

Le :

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

Pour Cap Médecine,
la Directrice