



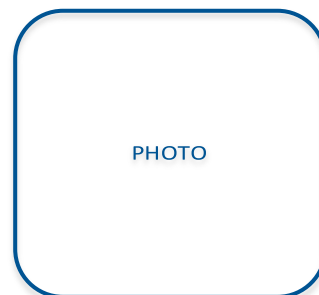
CONTRAT D'INSCRIPTION 2025/26

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 l'intégralité de la prestation décrite dans sa documentation 2025/26 aux conditions mentionnées. 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