

Coller  
une photo

## PREPA SANTÉ TERMINALE

ANNÉE 2021-2022

**NOM** ..... **PRENOM** .....

**NAISSANCE** Date : ..... Ville : .....

**ADRESSE** Etudiant : .....

.....

**PORTABLE Etudiant** : ...../...../...../...../.....

**PORTABLE Parents** : ...../...../...../...../.....

**EMAIL Etudiant** .....

**EMAIL Parents** .....

**PROFESSION DES PARENTS** Père : .....

Mère : .....

Lycée d'origine : .....

Disponibilité : Mercredi après-midi  Samedi matin

**Possibilité de régler par chèque bancaire à l'ordre d'IPEM selon trois modes :**

- 1 mensualité de 1 400 €
- 2 mensualités de 700 €
- 5 mensualités de 280 €

Fait à ..... Le : .....

Signature du représentant légal