



FICHE D'INSCRIPTION :

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

SITUATION FAMILIALE : _____

PROFESSION : _____

TELEPHONE : _____ MOBILE : _____

ADRESSE MAIL : _____

MOTIF DE LA DEMANDE (entourer votre situation) :

Invalidité – Annulation – Avis commission médicale – Suspension

Vous êtes envoyé(e) par la commission médicale de la préfecture de :

Je soussigné(e) _____

Souhaite réserver mon examen « Test psychotechnique »

le ____/____/____ de ____ h ____ à ____ h ____

Date : ____/____/____

Signature :