CENTRE DE FORMATION
Blanchard

FICHE D'INSCRIPTION

## PERMIS AM

☐ OPTION CYCLOMOTEUR ☐ OPTION QUADRICYCLE LEGER

NOM : _____PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TELEPHONE :_____MOBILE :_____

ADRESSE MAIL : _____

Je soussigné(e)_____
Né(e) le _____/_____/_____
Demeurant à_____
Agissant en qualité de (rayer les mentions inutiles) père, mère, tuteur, représentant légale, souhaite réserver
La formation « AM » du _____/_____/_____ et du _____/_____/_____ (dates à définir avec le CFB)

Date : _____/_____/_____ **Signature** :