



Fiche Individuelle de l'Elève / Formation en dentisterie équine

Pour valider votre inscription, merci de bien vouloir nous retourner ce document complété par email : contact@iide.eu

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Situation familiale : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Téléphone : ____ ____ ____ ____ ____

Adresse email : _____

Responsabilité civile ou police d'assurance n°: _____

Coordonnées complètes de la compagnie d'assurance :

Groupe sanguin : _____ Allergies connues : _____

Cavalier : oui/non Discipline : _____

Propriétaire d'équidé : oui/non

Inscription rentrée : _____ (précisez mois et année)

Formation Français Anglais

J'ai connu l'I.I.D.E par :

internet,

publicité dans la presse _____ (précisez)

autre _____ (précisez)

Fait à : _____ le _____

Signature