



**FICHE D'INSCRIPTION AUX EXAMENS DU DELF JUNIOR  
REGISTRATION FORM FOR THE DELF JUNIOR**

Pays : IRLANDE Session : ..... (mois) ..... (année)  
Centre d'examen : LIMERICK..... Lieu d'inscription : .....

**COORDONNÉES DU / DE LA CANDIDAT(E) / CANDIDATE DETAILS**

*Merci d'écrire lisiblement / Thank you for writing legibly  
This information will appear on your DIPLOMA*

NOM / Surname: .....  
Prénom / First name: .....  
Né(e) le Date of Birth : .....jour/.....mois/.....année  
à : (Ville / City)..... (Pays / Country).....  
Nationalité / Nationality:..... Sexe/Gender: M  F   
Langue Maternelle (Mother Tongue): .....  
Nom du Père / Father's name : .....  
Adresse / Address : .....  
Eircode : .....  
Téléphone portable / Mobile phone : .....  
Téléphone fixe / Landline: ..... Fax : .....  
Email (PARENTS): .....@.....

*IMPORTANT : Votre convocation et vos résultats vous seront envoyés à cette adresse électronique.  
Your notification and results will be sent to this email address.*

**STATUT DU CANDIDAT / CANDIDATE STATUS**

Étudiant à l'Alliance Française / Student at the Alliance Française  
 Étudiant externe / External student  
(name of your school : .....)  
Vous êtes-vous déjà inscrit(e) à un examen DELF / Have you ever registered for a DELF exam? NON, c'est ma 1ère inscription / no, this is my first registration  
OUI, je me suis déjà inscrit(e) à l'(aux) examen(s) suivant(s) / yes,  
I've already registered for the following exam(s):  A1  A2  B1  B2  
Numéro de Candidat / Registration number : .....

**EXAMEN / EXAMINATION**

Exam(s) taken for this session – Please tick the relevant option(s):

DELFT JUNIOR A1 <input type="checkbox"/> €65	DELFT JUNIOR A2 <input type="checkbox"/> €65
DELFT JUNIOR B1 <input type="checkbox"/> €65	DELFT JUNIOR B2 <input type="checkbox"/> €65

**PAIEMENT / PAYMENT**

Date d'inscription / Registration Date : .....

Montant à payer / Total : .....

Moyen de paiement / Means of payment, and, where relevant, the account holder's name:

- Espèces / cash
- Carte / Card (indiquez le nom du payeur/ please indicate the card holder's name) .....
- Chèque (indiquez le nom du payeur/ please indicate the Account holder's name) .....

**Réservé à l'Administration**

Reçu n° : ..... Numéro d'inscription : .....

**Attention :** Les droits d'inscription aux examens ne sont pas remboursables sauf sur présentation d'un certificat médical / Please note that there are no credits or refunds for exam fees unless the candidate provides a medical certificate.



Delphine Dunne  
(+353) 61 414818  
[bonjour@aflimerick.org](mailto:bonjour@aflimerick.org)  
[www.aflimerick.org](http://www.aflimerick.org)  
Alliance Française, 7 Pery Square, Limerick