



French Graduate School Of Clinical Orthodontics

Formulaire de préinscription

État civil:

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....Lieu de naissance :.....

Adresse de correspondance:

N° de Rue : Nom de rue :

Code Postal : Ville :

Pays :

Téléphone :

Parcours universitaire :

Faculté :

Adresse :

Avez-vous passé des CES ou autres certificats supplémentaires ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....

.....

Avez-vous passé votre thèse ? Oui Non

Si oui, titre de la thèse et année :

.....

Si non, quel sujet envisageriez-vous de traiter ?

.....

.....

Orthodontie :

Avez-vous des notions en orthodontie ?

Oui

Non

Avez-vous déjà suivi une formation en orthodontie ?

Oui

Non

Si oui, laquelle/lesquelles ?

.....

.....

Envisagez-vous de pratiquer l'orthodontie partiellement ou exclusivement ?

Partiellement

Exclusivement