

Inscription

Formation soin capillaire E.T.R.E.S

Nom:

Prénom:

Date de naissance :

Profession

Adresse:

E mail:

Téléphone:

Afin de prendre en compte votre inscription, merci de joindre à votre envoi votre acompte (100€ à l'ordre : Elisabeth ARNAULT)
Envoyer : 5 Bis rue du Grand Puits le Barbotin 49270 Saint Laurent des Autels

Signature du stagiaire

Date

