



ÉCOLE DE COIFFURE STE-THÉRÈSE

110, BOUL. LABELLE, STE-THÉRÈSE, QC. J7E2X5

TÉL : 450-433-9744

Site : www.ecst.ca

Courriel : ecst@live.ca

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

NOM *lettres carrées détachées*.....

ADRESSE.....

VILLE

CODE POSTAL.....

TÉL (RÉS.)..... Cell.....

Par la présente, je sous signé (e), m'inscris aux cours de coiffure donnés par :
L'ÉCOLE DE COIFFURE STE-THÉRÈSE INC; d'une durée de 21 semaines consécutives
débutant le2..... se terminant le.....2.....

Ces cours me seront donnés soit :

JOUR (lundi, mardi, mercredi) 9h30/14h30

SOIR (lundi, mardi, mercredi) 18h00/22h00

Pour une durée totale de 252 heures.

Il est de plus entendu, que je devrai participer aux séances pratiques (stages), au
SALON DE L'ÉCOLE, à la fréquence d'un jour semaine (jeudi, vendredi ou samedi)
durant cette même session pour un total de 90 heures minimum.

COÛTS

Frais d'inscription (TPS & TVQ) incluses (non remboursable) 150.00.....\$

Cours théoriques et pratiques (taxes incluses) 2.620.34.....\$

INTERRUPTION

Toute interruption de cours,ou demande de report à une session ultérieure de la
part de l'élève,devra en tous temps être signalée par écrit à la direction.Nonobstant
toute cause,motif ou raison,les frais et dus encourus à la date de réception au bureau de
direction de l'école de cet avis,devront être immédiatement et entièrement payés par
l'élève.

Note : les frais d'inscription sont payables à la signature de la présente.

MODALITÉS

Comptant, intérac ou chèque.

Versements : au mois ou à la semaine..124.78\$

Signé(e).....élève.....tuteur(trice)

ÉCOLE DE COIFFURE STE-THÉRÈSE INC.par.....responsable

Ce.....jour du mois de(d').....20.....