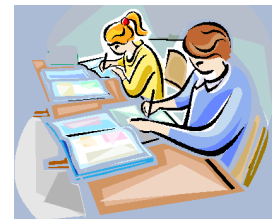




DEL F-DALF -- CHILE  
CENTRO DE GESTIÓN CENTRAL - INSTITUTO FRANCÉS DE CHILE



**DEL F JUNIOR SESIÓN 2019**  
**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

<b>CÓDIGO CANDIDATO/A</b>																				
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Primera inscripción</b>	SI <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> → Indicar año...../examen presentado.....Centro de examen anterior.....
----------------------------	---

**CENTRO DE EXAMEN:** .....(El candidato debe pagar los derechos en el centro donde desea dar el examen)

**Señorita**  / **Señor**   
*ESCRIBIR CON MAYÚSCULA Y LETRA CLARA POR FAVOR. INDICAR LOS ACENTOS EN APELLIDOS Y NOMBRES.*

**1.- Apellidos**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**2.- Nombres**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**3.- Fecha de nacimiento**  
DÍA/MES/AÑO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**EDAD:** \_\_\_\_\_ años

**4.- Lugar de nacimiento**

<i>Ciudad</i>																				
<i>País</i>																				

**5.- Nacionalidad**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**6.- Lengua materna**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**7.- Profesión**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**8.- Dirección postal**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Comuna</b>																				
<b>Ciudad</b>																				

<b>Teléfono de contacto</b>																				
<b>Celular</b>																				

**E-Mail**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**9.- Establecimiento donde estudia francés:**  
Nombre Y Dirección :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**10.-Indique con una cruz  el/los diploma(s) al cual/a los cuales desea inscribirse:**

DIPLOMA	DEL F A1 <input type="checkbox"/>	DEL F A2 <input type="checkbox"/>	DEL F B1 <input type="checkbox"/>	DEL F B2 <input type="checkbox"/>
FECHA RENDICIÓN	04/10/2019	05/10/2019	19/10/2019	26/10/2019

**10.-Para permitirle participar en el examen DELF en las mejores condiciones, gracias por indicar si presenta alguna discapacidad. Ponga un X después de la respuesta exacta: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**  
En caso afirmativo, adjunte certificado médico y ponga un X después de la respuesta exacta: Desventaja: Visual \_\_\_ Auditiva \_\_\_

**INSCRITO EN \_\_\_\_\_ EL \_\_\_\_\_ DE 2019**

**Firma del/de la candidato/a**

**Toda ficha completada incorrectamente será rechazada. El candidato no será inscrito  
No se contempla la devolución ni la postergación de los derechos de inscripción.**

**RESERVADO A LA ADMINISTRACIÓN**

**Precio del diploma: \$ \_\_\_\_\_ TOTAL: \$ \_\_\_\_\_**

**Forma de pago: Efectivo  Cheque  Tarjeta  Otro**

**Derechos de inscripción pagados el: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2019 Recibo n°: \_\_\_\_\_**

**INSCRIPCIÓN: DESDE EL 3 DE JUNIO HASTA EL 31 DE JULIO DE 2019**