 **QUESTIONNAIRE** Nouveaux membres

 **Veuillez remplir en capitales**

Nom

Prénom

2ième prénom

Sexe 🞏 Femme 🞏 Homme Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du Salon

Rue

Code Postal Commune

Province

Pays

N° de téléphone N° de Fax

Adresse E-mail

Site web

Nombre de Salons

Langue de préférence 🞏 Néerlandais 🞏 Anglais 🞏 Espagnol 🞏 Français 🞏 Allemand

**Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature**

**Veuillez envoyer ce document avec une photo récente vers** **info-fr@intercoiffure.be**