

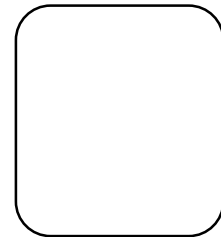
CLINIQUE JURIDIQUE

المصحة القانونية

Formulaire d'Engagement

Numéro de série : /

Date : / /



Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance : / / Ville : Pays :

C.I.N / Passeport n° : Téléphone :

C.N.E : Téléphone :

Adresse :

Email :

Niveau d'études

Licence : 1^{er} année ☐ 2^{ème} année ☐ 3^{ème} année ☐

Master : 1^{er} année ☐ 2^{ème} année ☐

Autre :

Temps que vous pouvez personnaliser
pour chaque jour.

Une heure : ☐ Deux heures : ☐ Trois heures : ☐

Autre :

Comment j'ai appris l'existence de la
Clinique Juridique ?

Grâce à un ami. ☐

A travers les réseaux sociaux. ☐

Grâce à l'une des activités organisées par la Clinique. ☐

A travers les médias ☐

Autre :

Par ce présent formulaire je m'engage à respecter le règlement intérieur de la Clinique.

Les pièces jointes : CV, 2 Photo, Copie de CIN et CNE.

Signature

Directeur de la Clinique Juridique