

Formulaire d'annulation ou de changement de date

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Date de votre examen (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_

Examen sélectionné : **TEF**

**TEFAQ**

**TEF Canada**

Épreuves sélectionnées : **Compréhension écrite**

**Compréhension orale**

**Expression écrite**

**Expression orale**

**Lexique et structure**

**Quelle est votre demande?**

Je veux **ANNULER** mon examen

**\*\*Plus de 15 jours avant l'examen: 75% des frais seront remboursés**

**\*\*Entre 14 et 6 jours avant l'examen: 50% des frais seront remboursés**

**Veillez indiquer la montant à rembourser:** \_\_\_\_\_

Signature du candidat : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**A compléter par le/la responsable du centre de test**

Demande **Acceptée**  **Rejetée**

Signature du responsable : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_