



D O S S I E R D E C A N D I D A T U R E

ÊTES-VOUS MAQUILLEUR PROFESSIONNEL ? ☐ Oui ☐ Non

AVEZ-VOUS DÉJÀ SUIVI UNE FORMATION DE MAQUILLAGE ? ☐ Oui ☐ Non

Nom

Prénom

Date de naissance

Date de formation choisie

Adresse

CP / Ville

Numéro de téléphone

Adresse mail

RÉSERVÉ À LA DIRECTION PÉDAGOGIQUE

Reçu le :

Date entretien :