

Nazwa szkoły.....

Adres.....

Telefon

Imię i nazwisko nauczyciela/li lub opiekuna grupy

.....

Telefon kontaktowy:e-mail.....

Imię i nazwisko nauczyciela języka francuskiego.....

Lp.	Imię i nazwisko	Poziom egzaminu	Kwota do zapłaty	Potwierdzenie odbioru certyfikatu po zdanym egzaminie data/podpis
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Lista uczniów przystępujących do egzaminu DELF PRIM

(W przypadku dużej liczby uczniów prosimy przygotować listy do każdego nauczyciela z danej szkoły i dla każdego poziomu oddzielnie)