

Madame

Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Coordonnées du représentant légal ou de l'élève majeur

Représentant légal (élève mineur) : Élève majeur :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Mobile SMS : _____ Fixe : _____

Adresse mail : _____

Études antérieures (à remplir obligatoirement)

Élève au CRR de Metz Métropole : oui autre

Établissement : _____

Nom du professeur : _____

Nombre d'années d'études en formation musicale : _____

Nombre d'années d'études en instrument : _____

Discipline : _____

Niveau présenté : _____

Date :

Signature :

Le formulaire complété est à déposer au secrétariat de la scolarité ou à envoyer par mail au plus tard une semaine avant la date de l'examen : conservatoire@metzmetropole.fr

Renseignements : Conservatoire à Rayonnement Régional Gabriel Pierné - Metz Métropole
Service de la scolarité
2 rue du Paradis - 57000 Metz
Tél : 03 87 15 55 50
conservatoire@metzmetropole.fr