

INSCRIÇÃO TCF Capes Sessão: ____/____/2026
Centro de exames e local de inscrição: Aliança Francesa de Salvador

Nome:

Sobrenome:

Data de nascimento:

Cidade de nascimento:

Estado:

Nacionalidade: ☐ brasileira ☐ outra:

Língua materna: ☐ português ☐ outra:

Mail:

Telefone | Celular: ()

Motivo da inscrição: ☒ Estudos ☐ Razão profissional

○ Outro (especificar):

Eu abaixo assinado, estou ciente de:

a) Disponibilidade do manual de meus deveres e direitos como candidato|candidata: <https://www.france-education-international.fr/article/droits-devoirs-candidat-tcf>).

b) Impossibilidade de solicitar “segunda chamada”, reembolso ou transferência de valores pagos para outra sessão.

c) O prazo do resultado ser de 30 a 40 dias após a sessão realizada.

_____, _____ de _____ de 2026.

Cidade dia mês

Assinatura