



Veillez svp remplir convenablement et lisiblement tous les champs:

Date ___ / ___ / ___ Mme Mlle Mr N° d'ordre _____

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance ___ / ___ / ___ Nationalité(s) _____

Pays d'exercice _____ Ville d'exercice _____ Spécialité _____

Téléphone: _____ Email : _____

Cochez les masterclass qui vous intéressent et indiquez les dates et le pays:

- | | | |
|---|-----------|------------|
| <input type="radio"/> M1 ANATOMIE ESTHETIQUE | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M2 PEELINGS CHIMIQUES | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M3 PEELINGS CHEMO-ABRASIFS | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M4 MESOESTHETIQUE | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M5 PRP / EXOSOMES | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M6 TOXINE BOTULIQUE N1 | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M7 TOXINE BOTULIQUE N2 | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M8 FILLERS 1/SNG & PLIS D'AMERTUME | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M9 FILLERS 2/LEVRES | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M10 FILLERS 3/POMMETTE & VALLEE DES LARMES | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M11 FILLERS 4/CERNE CREUX & RHINOPLASTIE | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M12 FILLERS 5/OVALE & MENTON | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M13 FILLERS 6/TEMPES & PROJECTION DU SOURCIL | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M14 FILS TENSEURS 1/UNITE MALAIRE | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M15 FILS TENSEURS 2/UNITE MANDIBULAIRE | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M16 FILS TENSEURS 3/UNITE CERVICALE | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M17 FILS TENSEURS 4/NEZ & SOURCILS | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M18 PEELINGS LOCALISES AU PHENOL | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M19 FILLERS 7/HYDROXYAPATITE DE CALCIUM | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M20 BIOSTIMULATION PAR ACIDE POLYLACTIQUE | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M21 LIFTING LIGAMENTAIRE 1/ UNITE MALAIRE | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M22 LIFTING LIGAMENTAIRE 2/ UNITE MANDIBULAIRE | DATE: / / | PAYS _____ |
| <input type="radio"/> M23 LIFTING LIGAMENTAIRE 3/ UNITE CERVICALE | DATE: / / | PAYS _____ |

Signature



Comment s'inscrire?

Veillez nous adresser le formulaire c-joint par email sur: **contact@waaam-academy.com**