

ART OF MAKE UP SCHOOL



A N M Ä L N I N G S B L A N K E T T 2 0 2 2 / 2 0 2 3

Namn: _____

Adress: _____ Postadress: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email adress: _____

Personnummer: _____

Jag ansöker till kurs: (datum & kursnamn) _____

Berätta kortfattat om dig själv och varför du vill gå denna utbildning.

Har du någon tidigare erfarenhet eller utbildning inom make up, hår eller naglar?

Vilka är dina främsta intressen? _____

Har du några allergier eller annat vi behöver veta?

Villkor för ansökan: Anmälningavgift 2.000.- betalas in på BG: 575-1193 eller swish 070-8529979 i samband med anmälan till skolan. Efter ansökan inkommit ringer vi dig alt. mailar med återkoppling och antagningsbesked. Kursavgiften betalas via BG eller Swish och ange namn som referens. Om du blivit antagen till skolan och själv hoppar av är anmälningavgiften EJ återbetalningsbar. Vid uppvisande av läkarintyg eller om du inte blir antagen så betalas den tillbaka eller du får ha den inestående till nästa kurs.

Jag har läst, förstått och godkänner villkoren för ansökan.

Underskrift

Namnförtydligande

Ort & datum

Art of make up school - Gustav III Boulevard 8 - 169 72 Solna - Tel: 070-852 99 79 Tel: 08-668 63 07
- BG:575-1193 - Swish: 0708529979 (Cecilia Lidén) - Orgnr: 750103-0188 - Företaget är registrerat för F-skatt - www.artofmakeupschool.com - info@artofmakeupschool.com