



Formulaire d'inscription

MASTERS ET LICENCES EN SANTÉ PUBLIQUE



Veillez remplir le formulaire directement dans Word avant de l'imprimer

Choisissez le type d'inscription

L'inscription à temps plein (full time)

L'inscription à temps partiel (part time)

Cocher la formation pour laquelle vous désirez postuler

Licence en Santé publique

Niveau d'étude

Master professionnel en Santé publique

Master spécialisé en Epidémiologie et Biostatistiques

Master spécialisé en Planification et management des services de santé

Master spécialisé en Nutrition et santé publique

Master spécialisé en Economie de la Santé

Master spécialisé en Informatique médicale

1. Etat civil

Nom de famille :

Prénom (s) :

Né le (jj/mm/aaaa) :

A (localité, pays) :

Sexe :

Nationalité :

Statut matrimonial :

Adresse postale :

Téléphone :

Fax :

Email :

2.- Formation universitaire

Année universitaire	Institution	Intitulé de la formation	Diplôme obtenu
---------------------	-------------	--------------------------	----------------

NB : Prière joindre deux photos d'identité, format passeport + copies certifiées conformes aux originaux et traduites en français ou en anglais de vos diplômes universitaires, ainsi que les relevés de notes et grades obtenus. Le dossier comprend en outre le curriculum vitae détaillé.

3.- Formation postuniversitaire

Année universitaire	Institution	Intitulé de la formation	Diplôme obtenu

4.- Postes de travail occupés (depuis l'obtention de votre diplôme qualifiant)

Emploi actuel* :

Fonction dans le poste :

Institution de rattachement du poste

Pays :

Lieu de travail (URBAIN OU RURAL) :

Nom et adresse de votre employeur :

Type d'institution :

Autres (préciser) :

Echelon de travail** :

Type de travail, durée dans le poste

Clinique : Durée(en années) ; 00 si moins d'une année :

Administration : Durée(en années) ; 00 si moins d'une année. :

Recherche : Durée(en années) ; 00 si moins d'une année :

Enseignement : Durée(en années) ; 00 si moins d'une année :

Autres (préciser) : Durée(en années : 00 si moins d'1an :

Résumé de vos responsabilités et activités :

Emploi précédent

Si vous avez occupé plus de deux postes précédents, remplir le tableau ci-après. En cas de besoin, le comité de sélection vous demandera ultérieurement des informations complémentaires.

Fonction occupée	Pays / localité	Niveau d'intervention	Année, durée dans le poste

5 Motivations

Indiquer l'application des connaissances acquises que vous escomptez dans votre carrière :

Décrire brièvement un problème de gestion des services de santé rencontré dans vos activités qui vous tient particulièrement à cœur :

6.- Références

Indiquer trois personnes (sans lien de parenté avec vous) connaissant particulièrement vos capacités.

1.- Nom et prénoms :

Titre ou fonction :

Adresse postale :

Tél. :

Email :

2.- Nom et prénoms :

Titre ou fonction :

Adresse postale :

Tél. :

Email :

3.- Nom et prénoms :

Titre ou fonction :

Adresse postale :

Tél. :

Email :

7.- Publications

Joindre la liste de vos publications et ou communications en annexe.

8.- Bourses d'études

1.- Vous avez déjà une bourse d'études :

(Si oui, prière joindre une copie de l'attestation de bourse en annexe). :

2.- Vous avez déjà introduit une demande de bourse :

Si oui Nom de l'organisme :

Date :

3.- Vous comptez introduire une demande de bourse :

Si oui Nom de l'organisme :

Date

4.- Vous financez personnellement la formation :

Noter que l'admission du candidat à la formation ne garantit aucunement l'obtention d'une bourse d'études.

Je certifie que les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets

Fait à

Date :

Signature