



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Veiller imprimer le formulaire, le remplir et l'envoyer à l'IASP au plus tard le 30 septembre 2016

Cocher la formation pour laquelle vous désirez postuler (Une seule formation)

Licence en Santé publique	/___/
Master spécialisé option Informatique médicale	/___/
Master spécialisé option Economie de la Santé	/___/

Choisissez le type d'inscription

L'inscription à temps plein (full time)	/___/
L'inscription à temps partiel (part time)	/___/

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 post _____

Pays : _____

Lieu de travail** : Rural /___/ Urbain /___/ .

Nom et adresse de votre employeur : _____

Type d'institution** : Public /___/ Privé, /___/ ; ONG, /___/

Organisme de coopération, /___/ Autres (préciser), /___/ -----

Echelon de travail** : Périphérique /___/ Intermédiaire /___/ Central /___/ .

Durée dans le poste : du /___/ /___/ /___/ au /___/ /___/ /___/
JJ MM AA JJ MM AA

Type de travail et durée** :

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 00 si moins d'une année /___/___/

Résumé de vos responsabilités et activités :

* : Prière joindre une lettre de votre hiérarchie marquant son accord à votre projet de suivre une formation.

** : cocher la case correspondante

Emploi précédent :

Fonction dans le poste : _____

Institution de rattachement du post _____

Pays : _____

Lieu de travail** : Rural /___/ Urbain /___/ .

Nom et adresse de votre employeur : _____

Type d'institution** : Public /___/ Privé, /___/ ; ONG, /___/

Organisme de coopération, /___/ Autres (préciser), /___/ -----

Echelon de travail** : Périphérique /___/ Intermédiaire /___/ Central /___/ .

Durée dans le poste : du /___/ /___/ /___/ au /___/ /___/ /___/
JJ MM AA JJ MM AA

Type de travail et durée** :

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 00 si moins d'une année /___/___/

Résumé de vos responsabilités et activités :

Emploi précédent :

Fonction dans le poste : _____

Institution de rattachement du post _____

Pays : _____

Lieu de travail** : Rural /___/ Urbain /___/ .

Nom et adresse de votre employeur : _____

Type d'institution** : Public /___/ Privé, /___/ ; ONG, /___/

Organisme de coopération, /___/ Autres (préciser), /___/ -----

Echelon de travail** : Périphérique /___/ Intermédiaire /___/ Central /___/ .

Durée dans le poste : du /___/ /___/ /___/ au /___/ /___/ /___/
JJ MM AA JJ MM AA

Type de travail et durée** :

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 00 si moins d'une année /___/___/

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

Fonction occupée	Pays / localité	Niveau d'intervention Central, région, district	Année, durée dans le poste
			Du /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA Au /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA
			Du /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA Au /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA
			Du /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA Au /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA
			Du /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA Au /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA
			Du /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA Au /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA
			Du /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA Au /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA
			Du /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA Au /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA
			Du /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA Au /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA
			Du /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA Au /_/_/ /_/_/ /_/_/ JJ MM AA

5.- Motivation

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 : *(au besoin une page supplémentaire peut être jointe)*

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

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

Nom de l'organisme et date :

-----, le ----/----/-----
-----, le ----/----/-----
-----, le ----/----/-----

3.- Vous comptez introduire une demande auprès de : OUI

Nom de l'organisme et date :

-, le ----/----/-----
-----, le ----/----/-----
-----, le ----/----/-----

4.- Vous financez personnellement la formation : oui [] ; non [].

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 ----Ouaga-----, le -----/----/-----

Signature