

FORMULAIRE DE CANDIDATURE DU MASTER SANTE PUBLIQUE, JKZ

Année Universitaire **2024-2025**

Date d'inscription :/...../.....

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Date de Naissance :

Lieu :

Profession :

Adresse postale :

Email :

Tél :

IDEE SUR LE CHOIX DE VOTRE SPECIALITE :

Vous souhaitez vous spécialiser en :

. Politique, planification et management de la santé

. Promotion, Prévention et protection
de la santé

. Epidémiologie, bio statistique, recherche en santé

FORMATION UNIVERSITAIRE :

Année Universitaire	Ecole/Université	Intitulé de la formation	Diplôme Obtenu

FORMATION POST-UNIVERSITAIRE :

Année postuniversitaire	Ecole/Université	Intitulé de la formation	Diplôme Obtenu

DOCUMENTS A TELECHARGER:

Veillez transmettre/déposer les documents suivants :

- ❖ Curriculum Vitae
- ❖ Diplômes & attestations
- ❖ Relevés de notes
- ❖ Lettre de motivation
- ❖ Lettre de recommandation

FINANCEMENT :

Vous comptez financer votre formation par :

- ❖ Financement propre
- ❖ Bourse d'études
 - Obtenue
 - Pas encore
 - Commentaire (réservé à ceux qui ont besoin de la pré-inscription pour obtenir la bourse)

- ❖ Employeur

REFERENCES :

Veillez nous indiquer **trois (03)** personnes vous servant de références :

- | | |
|-------------------|--------------------|
| a) <u>Nom</u> : | <u>Prénom(s)</u> : |
| <u>Fonction</u> : | |
| <u>Tél</u> : | <u>Email</u> : |
| | |
| b) <u>Nom</u> : | <u>Prénom(s)</u> : |
| <u>Fonction</u> : | |
| <u>Tél</u> : | <u>Email</u> : |
| | |
| c) <u>Nom</u> : | <u>Prénom(s)</u> : |
| <u>Fonction</u> : | |
| <u>Tél</u> : | <u>Email</u> : |

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

Fait à....., le/..... /.....

Signature