



PHOTO

FICHE D'INSCRIPTION

(A remplir à la machine ou en petites lettres)

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____ Sexe : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ Email : _____

Nationalité : _____ Religion : _____

Situation de famille Célibataire /___/ Marié(e) /___/ Divorcé(e) /___/ Veuf(ve) /___/

Personne à contacter en cas d'accident : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Baccalauréat Série : _____ Année d'obtention : _____ Mention : _____

Lycée ou Collège : _____

Demande d'admission pour : /___/ **Programme Médecine** /___/ **Programme Dentaire**

Facultés de Médecine fréquentées : _____

Année d'étude : _____

Raisons pour lesquelles vous avez quitté : _____

Autre Facultés, Ecoles ou Instituts fréquentés : _____

Périodes : _____

Langue nationale Anglais /___/ Français /___/ Autres : _____

Langues parlées : _____

Avez-vous des problèmes de santé particuliers ? Oui /___/ Non /___/

Si oui, êtes-vous sous surveillance médicale ? Oui /___/ Non /___/

Veuillez choisir la date de démarrage souhaitée : Janvier 20... /___/ Mai 20... /___/ Septembre 20... /___/

J'approuve que l'Ecole de Médecine Saint Christopher Iba Mar DIOP se réserve le droit d'accepter ou de refuser toute demande. Je déclare vraies toutes les informations ci-dessus écrites par moi, _____ et j'accepte la responsabilité de payer tous les frais d'inscription et d'études. Je me conformerai au règlement intérieur de l'Ecole de Médecine St Christopher Iba Mar DIOP. Toute demande acceptée par l'Ecole de Médecine St Christopher Iba Mar DIOP sur la base d'information fautive sera rejetée et tout diplôme obtenu dans ce cas sera déclaré nul. Veuillez joindre à ce formulaire dûment rempli : quatre (4) photos d'identité récentes, l'original du Baccalauréat, des frais d'inscription non remboursables de cent mille francs CFA (100.000), le règlement intégral de la 1^{ère} période au moins.

Signature :

Date :



FICHE DE RENSEIGNEMENT (Nouveaux Etudiants)

-=-=-

Nom : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Age : _____ Sexe : _____ Nationalité : _____

Langues parlées : Français /__/ Anglais /__/ Autres /__/

BACCALAUREAT : Année d'obtention : _____ Série : _____

Université ou Académie : _____

Mention : _____

Notes Obtenues :

- Maths :
- Physiques :
- Chimie :
- Sciences Naturelles :
(ou Biologie)

Mathématiques : Moyenne en 2nd : _____ 1^{ère} : _____ Terminale : _____

Physiques : Moyenne en 2nd : _____ 1^{ère} : _____ Terminale : _____

Chimie : Moyenne en 2nd : _____ 1^{ère} : _____ Terminale : _____

Sciences Naturelles : Moyenne en 2nd : _____ 1^{ère} : _____ Terminale : _____

(ou Biologie)

Ne Rien Ecrire (partie réservée au Comité d'Admission)

Date de réception du dossier : _____

(Cachet de la poste faisant foi)

Observations et Avis du Comité d'Admission et de Validation :

SIGNATURES