

**FICHE D’INSCRIPTION :**

**Diplôme Universitaire en Système d'Information Sanitaire de Routine (DU-SISR)**

Structure : …..……………………..……….……………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse géographique : …………..……………………..……….……………………………………………………………………………………………………

Adresse postale : …………………….…………………….…………………. Ville-Pays : ……………………………………………………………………….

Téléphone : ……………………………………………………………………………………..…

Responsable du participant : (*Nom et prénom*) : ……………………………………………..…………………………....................................

Téléphone : ............................................................................................

(*E-mail*) : ………………………………………………………………………………….…………

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Participant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Prénom(s) : ………………………………………………………………………..……... Nom : ……………………………………………………………………….

Date/lieu de naissance :..……………………………………………..… Sexe : *M F Niveau de formation :…………………………*

Fonction : ………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………...............

Ancienneté dans la structure : …………………………………………… Ancienneté au poste : ……..……………………………………………..

Téléphone fixe : …………………………………………………………………. Téléphone mobile : ………………………………………………………...

E-mail professionnel : ………………………………………………………… E-mail privé :…………………….……………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diplômes** | **Etablissement** | **Année** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Inscription \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

Cohorte N° : ………………. Période : du …..……. /…………../……………………… au …………../……………/…………………………

Mode de paiement : 1. *Chèque certifié 2. Virement 3. Espèces*

Montant (FCFA) : ……………………………………………………………………

Personne à contacter en cas d’urgence : (*Nom*) : …………………………………………………………………………………………………………………

(*Téléphone*) : …………………………………………………………………………………………………………………

Origine du financement (*Institution bailleur)* : …………………………………………………………………………………………………………………

Date : ………………………………………………………… Signature : ………………………………………………………………………..

**Fiche dûment remplie + dossier à déposer au Secrétariat du DERSP, à envoyer à :** osangh2005@gmail.com, ldoumbia007@gmail.com,  cheickcly2014@gmail.com , santepublique@fmos.usttb.edu.ml