

**FICHE D’INSCRIPTION :**

**Diplôme Universitaire en Formation des Epidémiologistes de Terrain (DU-FETP)**

**Première Cohorte, Mai 2019 à Décembre 2019**

**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 :…………………….……………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diplôme** | **Etablissement** | **Année** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

Mode de paiement : 1. Bourse AFENET 2. *Chèque certifié 3. Virement 4. Espèces*

x

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

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

Et (*Téléphone*) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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