

**FICHE D’INSCRIPTION**

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° : **5** Période : **du 02 au 20 Septembre 2019 (3 semaines)**

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