



# DOSSIER D'INSCRIPTION



Année Universitaire 2011/2012

Dossier n° : \_\_\_\_\_

## État civil

MME  MELLE  M.

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM USUEL : \_\_\_\_\_

NÉ(E) le : \_\_\_\_\_

À (ville) : \_\_\_\_\_

PAYS : \_\_\_\_\_

NATIONALITÉ : \_\_\_\_\_

SITUATION DE FAMILLE : \_\_\_\_\_ NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE : \_\_\_\_\_

PHOTO  
collée

## Formation

*Cocher le centre choisi*

USTCI Abidjan

USTB Cotonou

USTG Libreville

IDH Lomé

*Cocher le cycle choisi*

DEUG

BTS

DUT

Licence

Maîtrise

Ingénieur

Master

*Cocher l'année choisie*

1ère Année

2ème Année

3ème Année

*Indiquer la formation choisie :* \_\_\_\_\_

## Adresse personnelle

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CP (OU BP) : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ PAYS : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE FIXE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

ADRESSE EMAIL : \_\_\_\_\_

## Adresse des parents

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CP (OU BP) : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ PAYS : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE FIXE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

ADRESSE EMAIL : \_\_\_\_\_

NOM DU PÈRE : \_\_\_\_\_

PROFESSION DU PÈRE : \_\_\_\_\_

SOCIÉTÉ : \_\_\_\_\_ N° TELEPHONE : \_\_\_\_\_

NOM DE LA MÈRE : \_\_\_\_\_

PROFESSION DE LA MÈRE : \_\_\_\_\_

SOCIÉTÉ : \_\_\_\_\_ N° TELEPHONE : \_\_\_\_\_

**Etes-vous titulaire du Baccalauréat?**

- OUI**, (précisez la mention) : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_  
Type établissement (lycée, autre préciser) : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Bac général (préciser la spécialité) : \_\_\_\_\_  
Bac technologique et professionnel (préciser la spécialité) : \_\_\_\_\_
- En préparation**, \_\_\_\_\_ Année d'obtention prévue : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_
- NON** :

**Dernier établissement fréquenté**

Nom : \_\_\_\_\_ Année scolaire : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Enseignement suivi : \_\_\_\_\_

**Dernier Diplôme ou Titre obtenu**

Titre ou diplôme : \_\_\_\_\_  
Etablissement (lycée, autre préciser) : \_\_\_\_\_  
Obtenu à : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

**Etudes antérieures**

Nature de la formation	Année	Diplôme obtenu	Établissement
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Expériences professionnelles**

Entreprise / Stage	Fonction	Date
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



**VAE  
VAP**

Demandez-vous à bénéficier d'une validation :

- OUI  
 NON :

**Situation  
professionnelle**

Étiez-vous étudiant l'année dernière :  OUI  NON

Etes-vous demandeur d'emploi :  OUI depuis le \_\_\_\_\_  NON

Exercez-vous une activité professionnelle:  OUI  NON

Si oui laquelle \_\_\_\_\_

Votre entreprise est elle avertie de votre candidature :  OUI  NON

Comment avez-vous été informé de l'existence de cette formation : \_\_\_\_\_

**Frais  
d'inscription**

Les frais d'inscription et de formation seront pris en charge par :

- Vous-même** (en totalité)  
 **Votre entreprise** (joindre une attestation de prise en charge)  
 **Un organisme de financement** (lequel) : \_\_\_\_\_  
 **Un financement mixte** (préciser) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 **Autre** (préciser) : \_\_\_\_\_

**Signature**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

Certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**Ce dossier est  
à retourner à**

**CIFAD – DIRECTION GENERALE**

11 BP 1565 ABIDJAN 11  
CÔTE D'IVOIRE

Tél : (00 225) 20 21 29 45 ou 45 12 87 40 ou 49 40 02 31

Email : [cifad.scolarite@gmail.com](mailto:cifad.scolarite@gmail.com)

