



UNIVERSITÉ EL HADJI IBRAHIMA NIASSE / ST CHRISTOPHER IBA MAR DIOP
MÉDECINE - PHARMACIE - DENTAIRE
SCOLARITÉ / REGISTRAR

BP 25978 DAKAR-FANN - Point E Rue 7 x B Immeuble Nadiema
Tél (221) 33 825 94 55 - 33 825 94 57
Email : stchrisdiop@yahoo.fr / admissions@uein.sn

ECOLE DE MEDECINE
ST CHRISTOPHER IBA MAR DIOP

FICHE D'INSCRIPTION

PHOTO

Nom		Prénom			
Sexe		Nationalité			
Date et lieu de naissance					
Adresse					
Téléphone		Fax			
Email					
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	
Baccalauréat Série		Année d'obtention		Mention	
Lycée ou Collège					
Demande d'admission pour	<input type="checkbox"/> Médecine	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Pharmacie		
Facultés de Médecine fréquentées					
Année d'étude					
Raisons pour lesquelles vous avez quitté					
Autre Facultés, Ecoles ou Instituts fréquentés					
Périodes					
Langue nationale	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français	Autres		
Langues parlées					
Avez-vous des problèmes de santé particuliers ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non / Si oui, êtes-vous sous surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Veuillez choisir la date de démarrage souhaitée	<input type="checkbox"/> Janvier 20...	<input type="checkbox"/> Août 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).

Fait à : _____ le : _____

Signature



UNIVERSITÉ EL HADJI IBRAHIMA NIASSE / ST CHRISTOPHER IBA MAR DIOP

MÉDECINE – PHARMACIE – DENTAIRE
SCOLARITÉ / REGISTRAR

BP 25978 DAKAR-FANN – Point E Rue 7 x B Immeuble Nadiema

Tél (221) 33 825 94 55 – 33 825 94 57

Email : stchrisdiop@yahoo.fr / admissions@uein.sn

ECOLE DE MEDECINE
ST CHRISTOPHER IBA MAR DIOP

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Nom Prénom

Sexe Nationalité

Date et lieu de naissance

Langues parlées Anglais Français Autres

BACCALAURÉAT

Année d'obtention Série Mention

Université ou Académie

NOTES OBTENUES

Maths _____ Physiques _____ Chimie _____ Sciences Naturelles (ou SVT ou Biologie) _____

	Moyenne en 2 nd	Moyenne en 1 ^{ère}	Moyenne en Terminale
Mathématiques			
Physiques			
Chimie			
Sciences Naturelles (ou SVT ou Biologie)			

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