



**UNIVERSITE EL HADJI IBRAHIMA NIASS**

\*\*\*\*\*

**ECOLE DE MEDECINE  
SAINT CHRISTOPHER-IBA MAR DIOP**

Point E Rue 3 prolongée x Boulevard de l'Est – BP 25978 Dakar-Fann  
Tél : (221) 864 27 00 – 643 97 63 Télécopie : (221) 825 25 99  
Email : [stchrisdiop@sentoo.sn](mailto:stchrisdiop@sentoo.sn) - Site web : [www.uein.sn](http://www.uein.sn)



# Diplôme d'Université d'Echographie Générale

## FEUILLE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

**NOM :** ..... **Prénoms :** .....

**Date de naissance :** ..... **Ville :** ..... **Pays :** .....

**Sexe**  féminin  masculin **Nationalité** .....

**Adresse au Sénégal :** .....

.....

**Tél :** ..... **Mobile :** ..... **Télécopie :** .....

**E.mail :** .....@.....

**Adresse à l'étranger** **Pays :** .....

.....

.....

**Indicatif :** ..... **Tél :** ..... **Mobile :** ..... **Télécopie :** .....

**Doctorat en médecine** **Année d'obtention :** ..... **Ville :** ..... **Pays :** .....

### Autres diplômes

Intitulé	Année	Pays

### Expériences Professionnelles

Emplois / Fonction	Structure d'accueil	Période	Activités / Taches

### Financement de votre formation

- Employeur (précisez) .....
- Moi même     Bailleurs de fonds .....
- Autres .....
- 

### Autres renseignements

- **Comment avez-vous appris l'existence du diplôme ?**
    - Affiche
    - Presse écrite
    - Professeur
    - Site Web
    - Collègue
    - Autres : .....
  - **Avez-vous été initié en échographie ?**     oui     non
    - Formation pratique                       oui     non
    - Formation théorique                       oui     non
- 

### Pièces à fournir

- Photocopie certifiée conforme du diplôme de doctorat en médecine
  - 3 photographies d'identité récentes portant chacune au verso nom et prénom du candidat
  - Pièce d'état civil ou toute autre pièce tenant lieu
- 

### Frais

- de dossier :            10 000 frs
  - d'inscription :        25 000 frs
  - de formation : 1 500 000 frs
  - Paiement :
    - en **espèces**,
    - par **chèque** à l'ordre de l'Institut de Formation Médicale Continue (IFMC),
    - ou par **virement bancaire** : Titulaire du Compte : IFMC, Numéro de Compte 08090701016, domicilié à **ECOBANK Bourguiba**
- 

**Je désire m'inscrire à la session de :**     Janvier     Mai     Septembre

Dakar le .....

**Signature du candidat**

(certifiant l'exactitude des informations ci-dessus)