

**SCOLARITE / REGISTRAR**

BP 25978 DAKAR-FANN – Point E Rue 3 prolongée x Bd de l'Est Dakar

Tel (221) 864.27.00 / Fax (221) 825 25 99

Email [stchrisdiop@sentoo.sn](mailto:stchrisdiop@sentoo.sn), [stchrisdiop@yahoo.fr](mailto:stchrisdiop@yahoo.fr)



PHOTO

**FICHE D'INSCRIPTION**

A remplir à la machine ou en petites lettres

*(It is imperative that this is typed or written in small, clear block letters)*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
(Family Name) (First Name)

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
(Date and place of birth)

Adresse : \_\_\_\_\_  
(Address)

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_  
(Phone) (Fax)

Nationalité : \_\_\_\_\_ Religion : \_\_\_\_\_  
(Nationality)

Situation de famille Célibataire / \_\_\_\_/ Marié(e) / \_\_\_\_/ Divorcé(e) / \_\_\_\_/ Veuf(ve) / \_\_\_\_/  
(Marital Status) (Single) (Married) (Divorced) (Widower)

Personne à contacter en cas d'accident : \_\_\_\_\_  
(Emergency contact name)

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
(Address) (Phone)

Baccalauréat Série : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_ Mention : \_\_\_\_\_  
(Baccalaureate) (Year) (Grade)

Lycée ou Collège : \_\_\_\_\_  
(School or College)

Faculté de Médecine fréquentée : \_\_\_\_\_  
(School of Medicine attended)

Année d'étude : \_\_\_\_\_  
(Class)

Raisons pour lesquelles vous avez quitté : \_\_\_\_\_  
(Reasons why you left for transfer)

Langue nationale Anglais / \_\_\_\_/ Français / \_\_\_\_/ Autres : \_\_\_\_\_  
(National Language) (English) (French) (Others)

Langues parlées : \_\_\_\_\_  
(Languages spoken)

Avez-vous des problèmes de santé particuliers ? Oui /\_\_/ Non /\_\_/ Si oui, êtes-vous sous surveillance médicale ? Oui /\_\_/ Non /\_\_/  
(Have you a health problem of any kind ?) (If yes, are you currently under the care of a physician ?)

Veillez choisir la date de démarrage souhaitée Janvier 2006 /\_\_/ Mai 2006 /\_\_/ Septembre 2006 /\_\_/  
(Please choose the Admission Period you want) January 2006 May 2006 September 2006

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), le règlement intégral de la 1<sup>ère</sup> période au moins.

*(I accept that St. Christopher's College of Medicine reserves the right to accept or deny any applicant. I hereby state all information here is true. I (\_\_\_\_\_) am/is responsible for paying all my fees. I will conform to all the terms and conditions pertinent to being a student/graduate at this school. Any applicant providing St. Christopher's College of Medicine with any incorrect or misleading information, will be denied admission, be dismissed, or any degree nullified at any future time.*

*Please enclose the following along with your completed application, four passport style recent photographs, original of the baccalaureate degree, a non-refundable application fee of US\$100 and payment of at list the first period.*

Signature :

Date :



## FICHE DE RENSEIGNEMENT (Nouveaux Etudiants)

-=-=-

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Langues parlées : Français /\_\_\_/ Anglais /\_\_\_/ Autres /\_\_\_/

**BACCALAUREAT** : Année d'obtention : \_\_\_\_\_ Série : \_\_\_\_\_

Université ou Académie : \_\_\_\_\_

Mention : \_\_\_\_\_

Notes Obtenues :

- Maths :
- Physiques :
- Chimie :
- Sciences Naturelles :

(ou Biologie)

**Mathématiques** : Moyenne en 2<sup>nd</sup> : \_\_\_\_\_ 1<sup>ère</sup> : \_\_\_\_\_ Terminale : \_\_\_\_\_

**Physiques** : Moyenne en 2<sup>nd</sup> : \_\_\_\_\_ 1<sup>ère</sup> : \_\_\_\_\_ Terminale : \_\_\_\_\_

**Chimie** : Moyenne en 2<sup>nd</sup> : \_\_\_\_\_ 1<sup>ère</sup> : \_\_\_\_\_ Terminale : \_\_\_\_\_

**Sciences Naturelles** : Moyenne en 2<sup>nd</sup> : \_\_\_\_\_ 1<sup>ère</sup> : \_\_\_\_\_ Terminale : \_\_\_\_\_

(ou Biologie)

**Ne Rien Ecrire** (partie réservée au Comité d'Admission)

Date de dépôt du dossier :

(Cachet de la poste faisant foi)

Date de réception du dossier :

Observations et Avis du Comité d'Admission et de Validation :

**SIGNATURES**