



Université Cheikh Anta Diop



Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie

FORMULAIRE DE PRE- INSCRIPTION

PHOTO

ETAT CIVIL

Mademoiselle Madame Monsieur

Nom marital _____ Nom _____

Prénom _____ Nationalité _____

Né(e) le ____ / ____ / ____ à _____ Pays _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Tél. fixe _____ Tél. mobile _____ email _____

Activité universitaire ou professionnelle

Structure _____

Activité _____

Cursus antérieur

Année	Diplôme		Niveau	Ecole/Université	Durée de la formation
	Obtenu	En cours			
2010					
2009					
2008					

DIUI ANTIBIOLOGIE

Coût annuel de la formation (Durée 1an)

Pédagogiques : : 500 000 FCFA

Administratifs : Nationaux : 5 000 FCFA // Non nationaux : 150 000 FCFA

Modalités de règlement : .

Prise en charge

Individuel

Organisme

Raison sociale

Signature et Cachet

Pour ceux qui se prennent en charge

Pièces à fournir

Demande d'autorisation d'inscription adressée à monsieur le Doyen 01 Lettre de motivation adressée au Coordonnateur de l'enseignement 1 photo	01 copie du Curriculum Vitae 01 Casier judiciaire	01 Attestation ou copie légalisée du dernier diplôme
01 Extrait de naissance (moins de 03 mois)	1 copie carte d'identité nationale	01 copie de la carte d'étudiant pour les étudiants régulièrement inscrits à la FMPOS



DIUI ANTIBIOLOGIE 01 résumé de votre parcours médical ou paramédical en termes de travaux sur paillasse 01 projet de recherche 01 lettre d'acceptation d'encadrement de mémoire	DIUI ANTIBIOLOGIE 01 lettre de recommandation
---	---

Monsieur le Coordonnateur de l'Enseignement

S/C

M. le Doyen de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Dépôt : Bureau du courrier / Faculté de Médecine

BP : 5005 Dakar – Fann

Renseignements complémentaires

Bureau du 3^{ème} Cycle // lmdfmpos@ucad.sn /liliane.mendy@ucad.sn

www.fmpos.ucad.sn