



RÉPUBLIQUE DU BURUNDI  
Ministère de la Santé publique  
et de la lutte contre le sida



INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE  
Center of Excellence  
in Public Health Training



EAST AFRICAN  
COMMUNITY  
Jumuiya ya Afrika Mashariki

## MASTER EN SCIENCES DE SANTE PUBLIQUE

### FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin  Date de naissance \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Expérience professionnelle (nombre d'années) \_\_\_\_\_

Employeur : Fonctionnaire  ONG  Privé  Autre  (préciser) \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle \_\_\_\_\_

Province d'affectation/de travail \_\_\_\_\_ Sans emploi  depuis le \_\_\_\_\_

Province de résidence \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

Tél bureau \_\_\_\_\_ Tél portable \_\_\_\_\_

Mail personnel 1. \_\_\_\_\_ Mail personnel 2. \_\_\_\_\_

Diplôme(s) universitaires + année(s) d'obtention(s): \_\_\_\_\_

Est-ce une Inscription :

- à titre individuel
- faite par l'employeur
- faite par un organisme financeur  Lequel ? \_\_\_\_\_