# MASTER EN SCIENCES DE SANTE PUBLIQUE

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU ROLE ET AUX COURS

Nom _____ Prénom _____

Genre : Masculin ❑ Féminin ❑

Date de naissance _____ Nationalité _____

**Coordonnées :**

Adresse de résidence _____

Province de résidence _____

Tél portable _____

Mail 1 _____ Mail 2 _____

**Formation :**

Etudes universitaires finalisées :

❑ Médecine

❑ Licence en santé publique

*(si applicable préciser l'option : santé publique, gestion des services de santé, santé environnementale, santé communautaire… : _____)*

❑ Bachelier en santé publique

*(si applicable préciser l'option : santé publique, gestion des services de santé, santé environnementale, santé communautaire… : _____)*

❑ Autres, préciser : _____

Institution ayant délivré le diplôme : _____

Année d'obtention du diplôme : _____

**Profession :**

Employeur actuel_____

Préciser : Fonction publique ❑ ONG ❑ Privé ❑

Autre ❑ (préciser) _____

Sans emploi ❑ depuis_____

Fonction actuelle_____

Province d'affectation/de travail_____

**Inscription :**

❑A titre individuel

❑ Par votre employeur

❑ Par un organisme financeur, préciser : _____