



DOSSIER D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

N° Carte d'Étudiant

N° Quittance d'Inscription

2. ETAT CIVIL

Nom

Prénom 1

Nom du mari

Prénom 2

Date de naissance le/en ⁽¹⁾ 19

Sexe

Prénom 3

Lieu de naissance

Pays de naissance

Région de naissance

Nationalité

3. ADRESSE ACTUELLE

Adresse

Boîte postale

à Dakar
(obligatoire)

Téléphone

Portable

E-mail
(obligatoire)

4. EMPLOI

Exercez-vous une activité salariée ?

Oui Non ⁽¹⁾

Statut de l'Étudiant

Régime normal

Régime Salarié

Régime Particulier

Mise en Position de stage

Catégorie socioprofessionnelle ⁽²⁾

5. SITUATION FAMILIALE

Situation Familiale

Nombre d'enfants

6. INSCRIPTION ANNUELLE

Vous vous inscrivez Année d'étude Cycle Département ou option choisie

Nombre d'inscriptions antérieures : 1^{ère} année

2^{ème} année

Redoublez-vous ? Oui Non

Horaires des TD ⁽⁴⁾ ⁽¹⁾ : Avant 18H Après 18H Régime Particulier

7. BOURSES

Bourse ⁽³⁾ Non Boursier Boursier Étranger Étranger exonéré Étranger tarif normal

Nature de la bourse ⁽²⁾ ⁽³⁾ Nationale Étrangère De l'Établissement

Exonéré à ⁽²⁾ %

Montant bourse FCFA

Organisme boursier ⁽²⁾

8. CURRICULUM

| Diplômes obtenus | Série | Année | Mention | Lieu |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Diplôme | Baccalauréat | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DUEL, DUES, DUT, BTS | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Licence complète | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Maîtrise complète | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DEA | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

9. RESPONSABLE

Responsable / Personne à contacter en cas de besoin à Dakar (à préciser)

État civil

Nom Prénom 1

Nom du mari Prénom 2

Lien de parenté Prénom 3

Adresse

Rue, Quartier Boîte Postale

Ville

Tél. Port. Fax E-mail

Le responsable est-il étudiant ? Oui Non ⁽¹⁾ Personne à contacter ? Oui Non ⁽¹⁾

10. VISITE MÉDICALE

Apte : Oui Non

Cachet du Médecin

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus

A Dakar, le _____
(obligatoire)

Signature