



INSTITUT NATIONAL
DE LA SANTÉ PUBLIQUE



ÉCOLE DE
SANTÉ PUBLIQUE



UNIVERSITÉ POLYTECHNIQUE
DE BOBO-DIOULASSO



UNION
EUROPÉENNE

MASTER EN SCIENCES DE SANTÉ 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 le _____

Fonction actuelle _____

Province d'affectation/de travail _____

Inscription :

A titre individuel

Par votre employeur

Par un organisme financeur, préciser : _____