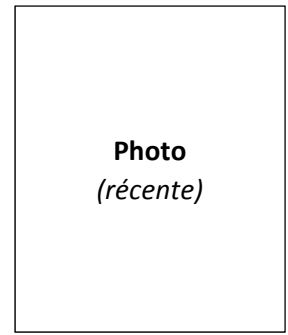


**FICHE DE PREMIERE INSCRIPTION
 DIPLÔME UNIVERSITAIRE**



Matricule :

ANNEE UNIVERSITAIRE ----- / ----- **SEMESTRE** 1 2

Option : Soins à l'enfant Bloc opératoire Oncologie Réanimation Anesthésie
 Santé mentale Prévention et contrôle des infections Stérilisation hospitalière

Etat Civil

Sexe M F

Titre (Mlle, M., Mme, Sr, Fr, P.) -----

NOM¹ : -----

Prénom : -----

Prénom du père : -----

Prénom de la mère : -----

Date de naissance : -----(j) / -----(m) / -----(a)

Lieu de naissance : -----

Pays de naissance : -----

Nationalité : -----

Autre Nationalité : -----

Rite : -----

Circonscription : -----

Mohafazat : -----

N. du registre : -----

Situation de famille :

Célibataire Religieux(se)

Marié(e) *Nom et prénom du conjoint*

Adresse personnelle

Immeuble : -----

Rue : -----

Quartier : -----

Région : -----

Téléphone : -----

Cellulaire : -----

E-mail non USJ : -----

Adresse professionnelle

Groupe sanguin

Hôp. / centre : -----

A+ B+ O+ AB+

Poste occupé : -----

A- B- O- AB-

Service : -----

Tél : ----- ext : -----

¹ Nom de jeune fille pour les candidats mariés en majeure

Baccalauréat

Nom de l'Établissement :

Ville :

Série :

Session : 1^{ère} 2^{ème}

Année :

N° de candidat :

Attestation n° :

Equivalence n° :

Equivalence date(Bac fr) : --- (J)/ --- (m)/ ----(a)

Test de français (matricule) : -- / --- / ---- /

Renseignements universitaires

Nom de l'Université :

Faculté :

Pays :

Titre du diplôme :

Date d'obtention : ---- / ---- / ----

Autres diplômes : (a).....

..... (a).....

CNSS

A charge de : Aucune Parents Personnelle Conjoint

Type : Armée Libanaise CNSS Coopérative des fonctionnaires de l'état

Douanes Municipalités Mutuelle des juges

Sûreté Générale Sûreté Interne Mutuelle des enseignants de l'UL

Sûreté de l'Etat

Numéro de CNSS :

..... : الإسم

..... : الشهرة

..... : إسم الأب

..... : إسم الأم

..... : إسم المضمون

Expériences professionnelles (prière de commencer par le poste le plus récent)

1- Nom de l'établissement :

Service : -----

Poste : -----

De ---- / ---- / ---- A ---- / ---- / ----

2- Nom de l'établissement :

Service : -----

Poste : -----

De ---- / ---- / ---- A ---- / ---- / ----

Formations continues

Date : ----- (année) **Lieu :** -----

Durée : ----- (jours) **Thème :** -----

Date : ----- (année) **Lieu :** -----

Durée : ----- (jours) **Thème :** -----

Date : ----- (année) **Lieu :** -----

Durée : ----- (jours) **Thème :** -----

Date : -----

Signature de l'étudiant: -----

Documents à présenter

- 2 photos passeport
- Extrait original d'état civil individuel
- Extrait original d'état civil familial
- Photocopie certifiée du baccalauréat libanais ou de son équivalent
- Photocopie certifiée de la licence en sciences infirmières ou autre diplôme équivalent
- Equivalence de la licence
- Lettre de l'employeur
- Relevé des notes des 3 années de licence ou du diplôme équivalent pour les candidats non diplômés de l'USJ
- Photocopie d'une prise en charge maladie : sécurité sociale, armée ...
- Frais d'inscription : 50.000 LL