

Année / *Year* 2025-2026 – Semestre / *Semester* * : 1 2

Master en sciences infirmières

Réservé à l'administration / *For administrative use*

N° Dossier :
Application N°

Matricule étudiant :
Student ID

Option : Administration des services de soins Pratique avancée en oncologie et soins palliatifs
 Formation en sciences infirmières

INFORMATIONS

Test d'aptitude en langue française : Matricule / / / Admission à titre étranger
English Aptitude Test : Student level *Admission as an international student*

INFORMATIONS PERSONNELLES / PERSONAL INFORMATION

À remplir selon les informations figurant sur votre pièce d'identité ; cette transcription ne pourra plus être modifiée ultérieurement et sera utilisée sur les diplômes et attestations délivrés par l'Université.

Please fill in this form as per your identity card information; data will not be modified later and will be used for your transcripts and diploma.

Nom / *Name* * : M./Mr * Mme/Mrs * Mlle/Miss * : * الشهرة

Prénom / *First name* * : : * الإسم

Prénom du père / *Father's name* * : : * إسم الأب

Date de naissance / *Date of birth* * : / / : * إسم الأم وشهرتها

Lieu de naissance / *Place of birth* * : : * مكان الولادة

Pays de naissance / *Country of birth* * :

Nationalité / *Nationality* * : Autre nationalité / *Other nationality* * : Rite:

Lieu et N° du registre / *Civil Record place and N°* * : Caza * :

État civil / *Marital status* * : Célibataire / *Single* Marié(e) / *Married* autre / *Other*

Nom et prénom du conjoint / *Name of spouse* :

Membres de la famille (parents, frères ou sœurs) à l'USJ : actuellement anciens
Family members (parents, siblings) enrolled in USJ *Current* *Alumni*

ADRESSE PERSONNELLE / PERSONAL ADDRESS

Immeuble / *Building* : Rue / *Street* :

Quartier / *Area* : Ville ou localité / *City* * :

Téléphone / *Phone* : Tel portable / *Mobile* * :

E-mail* :

Prière de noter clairement les symboles / Please mark the symbols clearly (- _ .)

* Les champs marqués sont obligatoires / *All marked fields are mandatory.*

ADRESSE PROFESSIONNELLE / PROFESSIONAL ADDRESSLieu de travail actuel / *Actual Workplace* : Rue / *Street* :Poste occupé / *Current position* : Unité de soins / *Care Unit* :Téléphone / *Phone* : ext : De (année) / *From(year)* :

- Êtes-vous membre d'une association professionnelle ? Précisez :
Are you a member of an professional association ? Specify

CONTACTS EN CAS D'URGENCE / CONTACT PERSONS IN CASE OF EMERGENCYNom et prénom / *Name* * : Nom et prénom / *Name* :Adresse / *Address* * : Adresse / *Address* :Téléphone / *Phone* * : Tel. / *Address* :GROUPE SANGUIN / *BLOOD TYPE* A+ B+ O+ AB+ A- B- O- AB-**ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES DES ANNÉES SECONDAIRES / SECONDARY SCHOOLS**

Année / <i>Year</i>	Établissement scolaire / <i>School</i>	Adresse / <i>Address</i>
Terminale * <i>Third secondary</i>		

Filière (Baccalauréat libanais) * :

Type (Lebanese Baccalaureate part II) SG SVT SE LH

N° du candidat :

ID number

Session et année :

Session and year

N° Attestation :

Autre Baccalauréat :

(Other Baccalaureate)

N° du candidat :

ID number

Date équivalence : / /

Equivalence date

N° équivalence :

*Equivalence N°***ÉTUDES UNIVERSITAIRES ANTÉRIEURES / PREVIOUS UNIVERSITY STUDIES****Licence / BS**Nom de l'université / *University* :Faculté / *Faculty* : Pays / *Country* :Diplôme / *Degree* : Date d'obtention / *Graduation date* : / /**Autres diplômes / Other diplomas**Nom de l'université / *University* :Faculté / *Faculty* : Pays / *Country* :Diplôme / *Degree* : Date d'obtention / *Graduation date* : / /Nom de l'université / *University* :Faculté / *Faculty* : Pays / *Country* :Diplôme / *Degree* : Date d'obtention / *Graduation date* : / /

