

Année / Year 2025-2026

Réservé à l'administration / For administrative use

N° Dossier :
Application N°

Matricule étudiant :
Student ID

DIPLOME UNIVERSITAIRE D' ECHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

INFORMATIONS

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 * :

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 * :

Prrière de noter clairement les symboles / Please mark the symbols clearly (– _ .)

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

ADRESSE PROFESSIONNELLE / PROFESSIONAL ADDRESS

Lieu 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 EMERGENCY

Nom 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 / Year	Établissement scolaire / School	Adresse / Address
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* : / /

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES / PROFESSIONAL EXPERIENCE

Lieu de travail / *Workplace* : Rue / *Street* :

Poste occupé / *Current position* : Service / *Service ** :

De (année) / *From (année)* : A (année) / *To (année)* :

Lieu de travail / *Workplace* : Rue / *Street* :

Poste occupé / *Current position* : Service / *Service ** :

De (année) / *From (année)* : A (année) / *To (année)* :

Lieu de travail / *Workplace* : Rue / *Street* :

Poste occupé / *Current position* : Service / *Service ** :

De (année) / *From (année)* : A (année) / *To (année)* :

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 : : إسم المضمون

Lieu et date / *Place and date* :

Signature :

Documents à présenter :

- ☐ 1 photo passeport
- ☐ Extrait original d'état civil individuel ou une photocopie de la carte d'identité
- ☐ Photocopie de l'extrait d'état civil familial
- ☐ Curriculum Vitae
- ☐ Photocopie certifiée du baccalauréat libanais ou de son équivalent
- ☐ Photocopie certifiée du diplôme ou licence de sage-femme, médecin gynécologue, obstétricien, radiologue ou résident de spécialité.
- ☐ Photocopie d'une prise en charge maladie: sécurité sociale, armée ...si moins de 30 ans
- ☐ Frais d'inscription : 100\$ Fresh