



**GRAHN**  
POU YON AYITI TOU NEF



Ministère de la Santé Publique  
et de la Population



**CROIX-ROUGE  
CANADIENNE**



## *Lekòl ak Inivèsite ete* *Opsyon lasante* *Fòmilè enskripsyon Okap/Limbe*

Tanpri, ekri an lèt kare epi retounen fòmilè a nan youn lan adrès sa a yo:  
Lopital Sen Jan Limbe oubyen sekretaria Chanm komès Nò  
Oubyen sou imèl (kouryèl) : [haiti-sante@grahn-monde.org](mailto:haiti-sante@grahn-monde.org)  
Tel : **2946-2929**

### **1. RANSÈYMAN JENERAL**

- Enskripsyon an ap valab sou kondisyon ou respekte tout kritè yo
- Fòk enskripsyon an rive nan biwo a **anvan 25 septanm**
- Fòk frè 750 Goud la peye an menm tan ak dépo fòmilè an
- Fè vit! Premye rive, premye enskri

### **2. IDANTIFIKASYON – Kandida**

Non fanmi : \_\_\_\_\_

Prenon : \_\_\_\_\_

Gason-Fanm :  G  F

**Okipasyon / pwofesyon:** \_\_\_\_\_

**Nivo etid :** \_\_\_\_\_

**Diplòm :** \_\_\_\_\_

Kouryèl (imèl) : \_\_\_\_\_

Telefòn : \_\_\_\_\_

Telekopyè (opsyonèl) : \_\_\_\_\_

Adrès [No. sivik, ri, apt.] : \_\_\_\_\_

Vil : \_\_\_\_\_

Depatman : \_\_\_\_\_

### **3. NAN KI SEMINÈ OU VLE PATISIPE**

Tanpri, chwazi yon sèl

1.  Dosie medikal
2.  Premye swen
3.  Swen ijans



**GRAHN**  
POU YON AYITI TOU NEF



Ministère de la Santé Publique  
et de la Population



**CROIX-ROUGE  
CANADIENNE**



# *École et université d'été*

## *Option santé*

### *Formulaire d'inscription pour*

### *Cap-Haïtien/Limbé*

Merci d'écrire en caractères d'imprimerie et de retourner le formulaire à une des adresses suivantes :  
Secrétariat de l'Hôpital Saint Jean du Limbe ou Secrétariat de la Chambre de Commerce du Nord  
ou par courriel à [haiti-sante@grahn-monde.org](mailto:haiti-sante@grahn-monde.org)  
Tel : **2946-2929**

#### **1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

- L'inscription est conditionnelle au respect des critères d'admission
- La date limite de réception des candidatures est le **25 septembre**
- Les frais d'inscription doivent être acquittés lors du dépôt du formulaire
- Faites vite! Premier arrivé, premier inscrit

#### **2. IDENTIFICATION – Candidat**

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Prénom (s) : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F

Occupation/Profession: \_\_\_\_\_

Niveau d'études : \_\_\_\_\_

Diplôme : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur (optionnel) : \_\_\_\_\_

Adresse [No. civique, rue, app.] : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_

#### **3. CHOIX DU SÉMINAIRE**

Merci de choisir un seul séminaire

1.  Dossier médical
2.  Premiers soins
3.  Soins d'urgence