



GRAHN
POU YON AYITI TOU NÈF



Ministère de la Santé Publique
et de la Population



**CROIX-ROUGE
CANADIENNE**



Lekòl ak Inivèsite ete *Opsyon lasante* *Fòmilè enskripsyon Gonaiv*

Tanpri, ekri an lèt kare epi retounen fòmilè a nan
Sekretaria Inivèsite Piblik Latibonit nan Gonaiv (UPAG), 45 ri Chrysostome Imbert
Oubyen sou imèl (kouryèl) : 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 NÈF



Ministère de la Santé Publique
et de la Population



CROIX-ROUGE
CANADIENNE



École et université d'été

Option santé

Formulaire d'inscription pour

Les Gonaïves

Merci d'écrire en caractères d'imprimerie et de retourner le formulaire au Secrétariat de l'Université Publique de l'Artibonite aux Gonaïves (UPAG), 45 rue Chrysostome Imbert ou par courriel à 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