

Avez-vous déjà été hospitalisé (e) ? / Have you ever been hospitalized ?

Oui / Yes Non / No

Si oui, laquelle ? / If yes, which ?

.....

Souffrez-vous d'une infection chronique ? / Do you suffer from a chronic condition ?

Oui / Yes Non / No

Si oui, pourquoi ? / If yes, why ?

.....

Êtes-vous sous traitement ? Si oui, lequel (lesquels) ? / Are you under treatment ? If so, which one ?

.....

Nom et contact téléphonique de la personne qui paye vos frais de scolarité / Name and telephone contact of the person who pays your tuition :

.....

Fait à Yaoundé, le / Yaoundé, the :

Je certifie et déclare exactes les informations susmentionnées.

I certify and declare accurate the above information

Nom et signature de l'étudiant (e)

Name and signature of the student

III - ENGAGEMENT / COMMITMENT

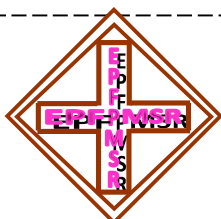
Je soussigné (e) :

Candidat (e) à une inscription à l'Ecole Privée de Formation du Personnel Médico-Sanitaire la Rosière (EPFMS/R); m'engage au strict respect de la discipline et à la saine application des clauses du Règlement Intérieur en vigueur à l'établissement.

I, the undersigned, candidate for registration at the Rosiere Training School for Health Personnel (EPFMS/R), pledge my strict respect for the discipline of the Internal Regulations of the establishment.

Fait à Yaoundé, le / Yaoundé, the :

(Reproduire à la main dans la case ci-dessous la mention "Lu et Approuvé" et signer /
Reproduce by hand in the box below the words « Read and Approved » and sign)



VOLONTE-EFFICACITE-TENACITE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

ECOLE PRIVEE DE FORMATION DU PERSONNEL MEDICO-SANITAIRE LA ROSIERE

Service des Affaires Académiques et de la Recherche

Année Académique 20..... / 20

Photo

Le Directeur de l'Ecole Privée de Formation du Personnel Médico-Sanitaire la Rosière atteste que Mme, Mlle, M. :
..... a déposé un dossier complet n°..... en vue de son inscription en IDE

- TMS - AS - ATMS.

Visa de la Scolarité