



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, UNIVERSITAIRE ET RECHERCHE SCIENTIFIQUE
INSTITUT SUPERIEUR DES TECHNIQUES MEDICALES NYANKUNDE
e-mail address : apparitoratistmn@gmail.com

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Consigne : Tout formulaire contenant de faux renseignements ne sera pas pris en considération.

N° Matricule :

Année académique :

I. IDENTITE DU CANDIDAT(E)

1. Nom : Postnom : Prénom :
2. Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐
3. Date de naissance : Lieu de naissance :
4. Etat- Civil : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐
5. N° Pièce d'identité : Délivré à (lieu) :
6. Nom du père : Profession :
7. Nom de la mère : Profession :
8. Province d'origine des parents : Territoire/Ville :
9. Nationalité : Profession (en cours) :
10. Résidence actuelle Av. : Q. : C. : Ville :
11. N° Téléphone 1 [du candidat] : N° Téléphone 2 [du candidat] :
12. Confession religieuse :
13. Résidence des parents : N° Téléphone [de parent] :
14. Nom du Tuteur [responsable direct] : Adresse :
15. Contact d'urgence [de la personne proche] : E-mail privé :

II. ETUDES FAITES :

A. Etudes du niveau secondaire Humanités générales ou Techniques médicales:

1. Année d'obtention du diplôme : No du Diplôme :
2. Lieu de livraison de Diplôme : Date de livraison :
3. Section suivie : Option : Pourcentage :%
4. Nom de l'école fréquentée : Code de l'école :
5. Adresse de l'école : Province éducationnelle : Territoire : Ville/Cité :

Cas particulier [sans diplôme] :

1. Formation suivi : Type de Document délivré :
2. Lieu de livraison de document : Date de livraison : No :

B. Etudes supérieures ou universitaires :

1. Nom de l'établissement fréquentée :
2. Adresse de l'établissement : Province : Territoire : Ville /Cité :
3. Section suivie : Option :
5. Pourcentage :% mention : Numéro du diplôme/Attestation tenant lieu :
6. Type de document délivré : No : Année d'obtention :

III. OCCUPATIONS PROFESSIONNELLES APRES LES ETUDES :

Activités professionnelles après les études :

1. De à : à
2. De à : à
3. De à : à
4. De à : à

Je certifie sur honneur que ces renseignements ci-haut fournis sont exacts et vérifiables.

Fait à Bunia , le/...../20.....

Noms et Signature

IV. DEMANDE D'INSCRIPTION :

❖ Filières organisées dans le système LMD :

(1) Sciences infirmières

- **Parcours :** Pédiatrie (Péd) – Soins Infirmiers Généraux (SIG) – Enseignement et Administration des Services Infirmiers (EASI) – Anesthésie et Réanimation (ANREA)

(2) Biologie médicale

- **Parcours :** Techniques de Laboratoire (TL)

(3) Sciences Pharmaceutiques :

- **Parcours :** Techniques Pharmaceutiques

(4) Gestion des Organisations de Santé

- **Parcours :** Management des Services de Santé (MSS)

(5) Santé communautaire

(6) Sage-femme

(7) Sciences des Aliments-Nutrition-Diététique

- **Parcours :** Nutrition-Diététique-Qualité des aliments (NDqA)

❖ Filières organisées en licence ancien Programme :

(1) Sciences infirmières

- **Orientation :** 1. Pédiatrie (Péd) – 2. Enseignement et Administration des Soins Infirmiers (EASI) – 3. Obstétrique (Obst.)

(2) Techniques de Laboratoire :

- **Orientation :** Biologie Médicale

(3) Santé Communautaire

- **Orientations :** 1. Epidémiologie 2. Santé et Développement 3. Education pour la Santé ;

(4) Sage-femme : 1. Programme de Reconversion (18mois)

Après la compréhension de ce qui précède, je voudrais me faire inscrire dans la filière/section et parcours/orientation suivantes du :

☐ Premier cycle ou cycle de licence système LMD :

- Filière :Parcours :

☐ Second cycle ou Licence ancien Programme :

- Section :Orientation :
- Préliscence en Santé et Développement
- Programme de reconversion en Sage-femme (18mois)

☐ Inscription spéciale :

- Système LMD : Filière.....Parcours :Niveau.....
Commentaires :
- Ancien Programme : Section.....Orientation :Promotion.....
Commentaire :

V. DECISION DE LA COMMISSION D'ADMISSION : Ce point est réservé à cette commission.

Le (la) candidat (e) a un titre scolaire ou académique requis : Oui Non

Il (elle) a satisfait au concours d'admission: Oui Non

Le (la) candidat (e) est transféré (e) : Oui Non

Il(elle) a été recommandé (e) par :

Décision: à encercler

a. Le (la) candidat (e) est admis(e) dans la section et orientation de son choix :

.....

b. Il (elle) est réorienté (e) dans :

.....

Numéro matricule :/.....

c. Le (la) candidat (e) n'est pas admis (e).

Bunia, le/...../ 20.....

Le Secrétaire Général Académique :
Noms et Signature