

Année / Year 2024-2025 – Semestre / Semester * : 1 2

Master en sciences infirmières

Réservé à l'administration / For administrative use

N° Dossier :
 Application N°

Matricule étudiant :
 Student ID

Option : Administration des services de soins Pratique avancée en oncologie et soins palliatifs

INFORMATIONS

Test d'aptitude en langue française : Matricule / / / Admission à titre étranger
 English Aptitude Test : Student level *Admission as an international student*

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* :

Prière de noter clairement les symboles / Please mark the symbols clearly (- _ .)

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

ADRESSE PROFESSIONNELLE / PROFESSIONAL ADDRESSLieu 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 EMERGENCYNom 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 / <i>Year</i>	Établissement scolaire / <i>School</i>	Adresse / <i>Address</i>
Terminale * <i>Third secondary</i>		

Filière (Baccalauréat libanais) * :
Type (Lebanese Bacalaureate part II) SG SVT SE LHN° du candidat :
*ID number*Session et année :
Session and year

N° Attestation :

Autre Baccalauréat :
*(Other Bacalaureate)*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* : / /

