Université Saint-Joseph de Beyrouth
Faculté de médecine
École de sages-femmes

FICHE D'INSCRIPTION / APPLICATION FORM

Année / *Year* 2026-2027 – Semestre / *Semester* * : ☐ **1** ☐ **2**

Réservé à l'administration / *For administrative use*

N° Dossier : ..... Matricule étudiant : .....
Application N° *Student ID*

Master en Sciences Maïeutiques

INFORMATIONS

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 Nº du registre / *Civil Record place and Nº* * :..... 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 ADDRESS

Lieu 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 EMERGENCY

Nom 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 / Year	Établissement scolaire / School	Adresse / Address
Terminale * *Third secondary*		

Filière (Baccalauréat libanais) * :
Type (Lebanese Baccalaureate part II)

☐ SG ☐ SVT ☐ SE ☐ LH

N° du candidat : .....
ID number

Session et année : .....
Session and year

N° Attestation : .....

Autre Baccalauréat : .....
(Other Baccalaureate)

N° du candidat : .....
ID number

Date équivalence : ...../...../.....
Equivalence date

N° équivalence : .....
Equivalence Nº

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 diplômas*

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* : ...../...../.....

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES / PROFESSIONAL EXPERIENCE

Lieu de travail / *Workplace* :..... Rue / *Street* :.....

Poste occupé / *Current position* :..... Service / *Service* * :.....

De (année) / *From (année)* :..... A (année) / *To (année)* : .....

Lieu de travail / *Workplace* :..... Rue / *Street* :.....

Poste occupé / *Current position* :..... Service / *Service* * :.....

De (année) / *From (année)* :..... A (année) / *To (année)* : .....

Lieu de travail / *Workplace* :..... Rue / *Street* :.....

Poste occupé / *Current position* :..... Service / *Service* * :.....

De (année) / *From (année)* :..... A (année) / *To (année)* : .....

CNSS..

A charge de :

Aucune ☐ Parents ☐ Personnelle ☐ Conjoint ☐

Type :

Armée Libanaise ☐ CNSS ☐ Coopérative des fonctionnaires de l'état ☐ Douanes ☐

Municipalités ☐ Mutuelle des juges ☐ Sûreté Générale ☐ Sûreté Interne ☐

Mutuelle des enseignants de l'UL ☐ Sûreté de l'Etat ☐

Numéro de CNSS : ..... إسم المضمون : .....

Lieu et date / *Place and date* :

Signature : .....

Documents à présenter :

☐ 2 photos passeport
☐ Extrait original d'état civil individuel ou une photocopie de la carte d'identité
☐ Curriculum Vitae
☐ Lettre de motivation
☐ Photocopie certifiée du baccalauréat libanais ou de son équivalent
☐ Photocopie certifiée du diplôme ou licence de sage-femme ou de son équivalent

☐ Test d'aptitude en langue française
☐ Frais de dossier: 100 USD