 **FORMATIONS DE COURTE DUREE**

**Session 2016**

**Formulaire d’inscription**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM DE FAMILLE** |  |
| **PRENOM(S)** |  |
| **DATE DE NAISSANCE** | Cliquez ici pour entrer une date. |
| **NATIONALITE** |  |
| **PROFESSION** |  |
| **EMPLOYEUR** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse électronique** |  |
| **Numéro de téléphone** |  | |
| **Adresse postale** |  | |

|  |
| --- |
| **Pour quelles formations voulez-vous vous inscrire ?**  (Cocher la ou les cases) |
| * 1. Suivi-évaluation des programmes et projets de santé   2. DU en méthodes statistiques et épidémiologiques   3. Méthodologie de la recherche   4. Analyses quantitatives   5. Analyses qualitatives   6. Ecriture d’article scientifique   7. Santé sexuelle et Reproductive   8. Gestion des déchets biomédicaux |

|  |
| --- |
| **Si vous avez opté pour le cours de méthodologie de la recherche, dites-nous quelle question de recherche vous souhaitez aborder ?** |
| **Sujet de Recherche :** |
| Veuillez indiquer le mode de financement de votre participation  ( cochez la mention correspondante)  Moi-même  District sanitaire  ONG/association  Organisme  Autres (Préciser) |

**Le formulaire dument rempli et un votre curriculum vitae (CV) doivent être envoyés à l’adresse suivante :**

[**secretariat@iasp-bf.org**](mailto:secretariat@iasp-bf.org)