 **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**