



## Atelier : La psychologie de l'enfant dans le domaine de l'éducation

### FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Attachez une photo d'identité à l'aide d'agrafes ou d'un trombone (ne pas coller).  
Merci d'indiquer votre nom en majuscules au dos.

*Merci de bien vouloir remplir ce formulaire dans son intégralité, à l'ordinateur ou à la main, en caractères d'imprimerie et à l'encre noire. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, vous pouvez joindre une feuille à part en faisant figurer le numéro de la section à laquelle vous vous référez. L'original de votre demande d'inscription sont à envoyer en format papier à l'adresse suivante :*

*Psychologie de l'enfant, Delmas 83, Rue Pie, Impasse Perdrix # 1  
TEL: +509 3149-3635  
E-MAIL : [psychologiedelenfant@gmail.com](mailto:psychologiedelenfant@gmail.com)*

#### 1. CANDIDAT

NOM

PRENOM(S)

NATIONALITE

SEXE (M OU F)

DATE DE NAISSANCE : JOUR/MOIS/ANNEE

PAYS ET LIEU DE NAISSANCE

STATUT MATRIMONIAL

TEL. PROFESSIONNEL

TEL. PRIVE

EMAIL :

#### 2. FORMATION

TITRES UNIVERSITAIRES :

NOM COMPLET DE L'INSTITUTION ET PAYS :



### 3. VIE PROFESSIONNELLE

EMPLOI ACTUEL

DEPUIS (DATE)

INSTITUTION

ADRESSE

TELEPHONE

E-MAIL

DECRIEZ VOS RESPONSABILITES ET ACTIVITES PROFESSIONNELLES ACTUELLES :

.....

.....

.....

.....

### 4. DECLARATION PERSONNELLE

Expliquez pourquoi vous postulez à cette formation, ce que vous espérez en tirer et, en quoi il peut être bénéfique à votre développement professionnel et à votre institution.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 5. COMMENT AVEZ-VOUS EU CONNAISSANCE DE CET ATELIER ?

.....

### 6. DECLARATION DU CANDIDAT

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts. Je déclare également qu'à ma connaissance, mon état de santé me permet de suivre la formation proposée car aucun remboursement ne sera effectué.

SIGNATURE DU CANDIDAT

DATE