



PHOTO

Demande d'admission

SESSION 2011

Nom : M^{me}, M^{lle}, M.

Prénom

Né(e) le

à

Nationalité

Adresse du candidat (adresse de convocations)

.....

Tél..... Portable.....

E-mail.....

CADRE RÉSERVÉ À CESAR

TYPE DE COURS

Je choisis de m'inscrire en cours du :

- Jour de 08H à 19H
- Soir de 18H à 21H
- Week-end

Numéro & Date réception / /

Contact :

Statut :

Nom du Coordonnateur :

.....

Nom du Responsable Pédagogique :

Je soussigné(e) demande au jury mon inscription en :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bac Pro | <input type="checkbox"/> Licence | <input type="checkbox"/> Master |
| <input type="checkbox"/> Gestion des Ressources Humaines | <input type="checkbox"/> Comptabilité et Gestion Financière | <input type="checkbox"/> Administration des Affaires |
| <input type="checkbox"/> Assistant de Direction/Assistant Juridique | <input type="checkbox"/> Comptabilité, Contrôle, Audit | <input type="checkbox"/> Communication des Entreprises |
| <input type="checkbox"/> Marketing/Communication | <input type="checkbox"/> Informatique Appliquée aux Entreprises | <input type="checkbox"/> Réseau/Maintenance/Télécom |
| <input type="checkbox"/> Management des projets | <input type="checkbox"/> Management Stratégique et Gestion Hospitalière | <input type="checkbox"/> Banque/Assurance/Finance |
| <input type="checkbox"/> Fiscalité et Droit des Affaires | <input type="checkbox"/> Commerce International/Ingénierie Commerciale | <input type="checkbox"/> Transport/Transit/Logistique |
| <input type="checkbox"/> Qualité, Hygiène, Sécurité et Environnement | <input type="checkbox"/> Management des Programmes de Développement | <input type="checkbox"/> Infographie |
| <input type="checkbox"/> Management Pharmaceutique | <input type="checkbox"/> Visite médicale/Secrétariat médical | <input type="checkbox"/> Gestion de caisse |
| <input type="checkbox"/> Gestion des agences Immobilières | <input type="checkbox"/> Gestion des agences de voyage et de tourisme | |

Dakar, le...../...../.....

Résultats d'Admission

Admis(e) : 1, Refusé(e) : 2, Liste d'attente n°: 3

Signature :

BAC / BFEM

Année : _____ Série : _____ Mention : _____
Établissement/Ville/Pays: _____

ETUDES SUPÉRIEURES/SECONDAIRES

Études : _____ Années : _____

Option ou Spécialité éventuelle : _____

Établissement/Ville/Pays : _____

Diplôme obtenu : _____ Mention : _____

Études : _____ Années : _____

Option ou Spécialité éventuelle : _____

Établissement/Ville/Pays : _____

Diplôme obtenu : _____ Mention : _____

Études : _____ Années : _____

Option ou Spécialité éventuelle : _____

Établissement/Ville/Pays : _____

Diplôme obtenu en cours d'obtention : _____ Mention : _____

LANGUES ÉTRANGÈRES

Langue I _____ Niveau ⁽¹⁾ _____

Langue II _____ Niveau ⁽¹⁾ _____

Langue III _____ Niveau ⁽¹⁾ _____

(1) Excellent, très bon, bon, moyen, médiocre

SÉJOURS ÉVENTUELS À L'ÉTRANGER

| ANNÉE | VILLE/PAYS | DURÉE ⁽²⁾ | NATURE DU SÉJOUR ⁽³⁾ |
|-------|------------|----------------------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(2) En mois. (3) Études, tourisme, affaires, ...

Envisagez-vous de travailler à l'étranger ? Si oui, dans quel(s) pays, dans quel type d'activité ? _____

STAGES ÉVENTUELS EN ENTREPRISE / EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES

| ANNÉE | ENTREPRISE/LIEU | DURÉE | NATURE DE L'ACTIVITÉ |
|-------|-----------------|-------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VAE VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE

Uniquement pour les candidats justifiant d'au moins 4 années d'expérience professionnelle.

SITUATION FAMILIALE

Profession des parents Père : _____ Mère : _____

Nombre de frère(s) et sœur(s) Frère(s) : _____ Sœur(s) : _____

QUELLES SONT LES PROFESSIONS QUE VOUS ENVISAGEZ D'EXERCER À L'ISSUE DE VOS ÉTUDES ?

PRATIQUEZ-VOUS UN SPORT ? SI OUI, FRÉQUENCE ET NIVEAU

QUELS SONT VOS PASSE-TEMPS FAVORIS ?

ENGAGEMENT DE LA PERSONNE (PHYSIQUE OU MORALE), CHARGÉE DE REGLER LE COUT DE LA FORMATION :

Je soussigné,

Fonction :

Lien avec l'étudiant :

Demeurant à :

Contacts :

M'engage à payer le coût de la formation de M., Mme, Mlle :

.....

Qui s'élève à

Par an, pendant ans.

Et ce selon les modalités Suivantes :

Frais pédagogiques et droits d'inscription payables en chaque début d'année :

Dix (10) mensualités de, chacune, payables au plus tard le 05 du mois.

Dakar, le..... Signature :

Comment avez-vous

connu CESAR ?

- Presse :
- Guide spécialisé
- Forum
- Entreprise
- Internet
- Journée Portes Ouvertes
- Salons
- Affiches
- Relations
- Centre d'Orientation
- Ancien élève
- Autre

LES Engagements de l'étudiant

1. Se conformer au Règlement Intérieur de l'Institut CESAR ;
2. Participer à toutes les activités pédagogiques prévues par la formation ;
3. Porter les tenues exigées par la formation ;
4. Perdre les montants versés à la comptabilité en cas de désistement ;
5. Faire payer par son tuteur ou à défaut, par lui-même :
 - a. L'intégralité du coût de la formation avant l'examen de Fin de formation ;
 - b. Le montant correspondant à une année de formation avant le démarrage des compositions du second semestre
6. Payer les frais d'examen de sortie (classes d'examen)

Lu et approuvé,

Date et Signature

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- Photocopie légalisée du diplôme exigé ou Certificat de scolarité ;
- Pièce d'état civil et photocopie d'une pièce d'identité ;
- Deux photos d'identité ;

N. B. : Les informations de ce dossier sont strictement confidentielles et non divulguées.