



1708 PENNSYLVANIA AVE NW STE 200
WASHINGTON DC, 20006
TELEPHONE: 1-800-877-1792 USA
TELEPHONE: 509-4734-5757 LOCAL
FAX: 1-301-327-2937 USA
EMAIL: admission@mafama.com
WEB: www.mafamaacademy.com

FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS

| RENSEIGNEMENTS PERSONNELS | | | | | |
|---|--|-------------------------------|-------|---------|-------------|
| NIF ou numero du passport | | NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE | | PRÉNOM | |
| ADRESSE POSTALE (NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT) | | | VILLE | COMMUNE | CODE POSTAL |
| TÉLÉPHONE (DOMICILE) | | CELLULAIRE | EMAIL | | |
| 1. SEXE: <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Date de naissance : _____ Votre nationalite : _____ | | | | | |
| 2. Lieu de naissance: _____ Commune: _____ Arrondissement: _____ Department: _____ | | | | | |
| 3. Etat civil: <input type="checkbox"/> Celibataire <input type="checkbox"/> Marie (e) <input type="checkbox"/> Divorce (e) <input type="checkbox"/> Veuf (e) | | | | | |
| 4. Quelle religion pratiquez-vous? _____ Votre groupe sanguin: _____ | | | | | |
| 5. Prenez-vous des médicaments sous une base régulière? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, lesquels? _____ | | | | | |
| 6. Souffrez-vous d'une maladie chronique ou héréditaire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, lesquelles? _____ | | | | | |
| 7. Travaillez-vous? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, nom de l'établissement _____ Address Complete _____ | | | | | |
| Nom du Superviseur (euse) ou manager : _____ Telephone _____ | | | | | |
| 8. Si non: Le nom de la personne ou l'institution qui paiera pour votre formation: _____ Pays de résidence: _____ | | | | | |
| Address complete: _____ Telephone: _____ | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Avez-vous déjà été condamné pour une infraction criminelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Si oui, donnez la nature exacte de l'infraction | |
| • reliée à la drogue ou aux stupéfiants | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _____ | |
| • reliée à la violence | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _____ | |
| • reliée à la propriété d'un bien, d'un titre ou d'une valeur mobilière | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _____ | |
| | | et la date de l'infraction : <input type="text"/> | |
| Comment avez-vous été informé(e) des possibilités de formation professionnelle à Mafama Academy? | | | |
| <input type="checkbox"/> Site Web de MAFAMA Academy | <input type="checkbox"/> Journal (spécifiez) : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Page Facebook d'un établissement de MAFAMA | <input type="checkbox"/> Association ou ordre professionnel (spécifiez) : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Site Internet d'emplois (spécifiez) : _____ | <input type="checkbox"/> Autres (spécifiez) : _____ | | |

Information importante:

- * Durée de nos programmes: 15 @ 21 mois: * Accelere" En 12 mois
- * Frais d'inscription: 900 Gdes
- * Pieces requises : Piece d'identité. *Passport/ NIF, carte electorale/etc
- * Certificat Bac I ou II. (Fiche & copie)

Deux (2) photos 2X2 de date recente

N.B: Niveau minimum pour certain cours: La seconde

| RÉFÉRENCES | | | | |
|---------------------------|--|----------|-------------|------------|
| NOM DU PERE : | | PRÉNOM : | TÉLÉPHONE : | PROFESSION |
| ADRESSE : | | VILLE : | COMMUNE : | |
| | | | | |
| NOM DE LA MERE : | | PRÉNOM : | TÉLÉPHONE : | PROFESSION |
| ADRESSE : | | VILLE : | COMMUNE : | |
| NOM D'1 AMI (e)/ PARENT : | | PRÉNOM : | TÉLÉPHONE : | PROFESSION |
| ADRESSE : | | VILLE : | COMMUNE : | |

Choisissez le lieu de formation qui vous convient:

- ☐ 1 Rue Bellevue, Pacot, Port-au-Prince
☐ 8 Rue Oxide Jeanty, Routes de Frères, Pétion-ville
☐ 34 Rue Beaulieu, Mon Repos 44, Carrefour
☐ 34 Rue Jacques Roumain, Delmas 33

Autre: (Préciser) _____

Choisissez deux (2) programmes au maximum

- ☐ Assistant Médical
☐ Technicien en Electrocardiogramme
☐ Technicien en Sonographie
☐ Assistant Dentiste
- ☐ Gestion Entreprise & Comptabilité
☐ Gestion Administrative/ Office Specialist
☐ Gestion Hôtelière & Tourisme
☐ Gestion Et Développement Site Web
☐ Gestion Multimédia (Cinema, Special effects)
- ☐ Restauration/Pâtisserie/Art Culinaires
☐ Fashion Designing
☐ Spécialité en Esthétique & Cosmétologie
- ☐ Technique Agro-Alimentation & Elevage
☐ Technique Construction Moderne
☐ Spécialité en Énergie Renouvelable
☐ Gestion/Protection de l' environnement/Arts Plastic

FORMATION ACADÉMIQUE ET PROFESSIONNELLE

| NOM DE L'ÉTABLISSEMENT | PAYS/VILLES | PROGRAMMES/DISCIPLINES | CERTIFICAT/DIPLÔME,ETC. | ANNÉE D'OBTENTION | DURÉE |
|------------------------|-------------|------------------------|-------------------------|-------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Prière de remplir et de vérifier tous les champs. Imprimez et apportez le formulaire au moment de l'inscription munis des pièces requises.

J'atteste que les renseignements inscrits dans la présente demande d' admission sont vrais et exacts et je suis informé(e) que ces renseignements pourront faire l'objet d'une vérification par Mafama Academy d'en établir la véracité.

Je m'engage, tant et aussi longtemps que j' étudie a Mafama Academy, à communiquer sans délai à la direction de Mafama Academy toute changement d'adresse ou d'emploi , poursuite ou condamnation me concernant pour une infraction criminelle ou pénale. Je comprends que tout paiement pour ma formation inclus (Frais d' inscription, frais generaux et n' importe quell autre paiement sont non-remboursable. Je comprends aussi que toute fausse déclaration peut entraîner le refus ou l'annulation de ma demande d' admission, le cas échéant.

SIGNATURE

DATE
(AAAA-MM-JJ)

