

**CENTRE DE FORMATION BIBLIQUE
POUR L'AFRIQUE FRANCOPHONE.
01 B.P 3268, COTONOU. REPUBLIQUE DU BENIN.**

☎ 229-382223 E-mail : eciojer@intnet.bj

FICHE D'INSCRIPTION.

Nom et Prénoms du Candidat. _____

Date et lieu de Naissance. _____

Adresse Postale. _____

Adresse du domicile. _____

Nationalité. _____

Quel est votre Profession ? _____

Numéro de téléphone ou adresse courrier électronique pour nous permettre de vous contacter rapidement en cas de besoin.

N°. de Carte d'identité ou de passeport pour les Etudiants non béninois. _____

Adresse de votre Eglise parraine. _____

Donnez le nom et l'adresse postale de deux références :

1. (REFERENCE DANS VOTRE EGLISE LOCALE. Deux membres qui vous connaissent très bien et qui peuvent témoigner sur votre comportement.)

a. _____

b. _____

2. REFERENCE EN DEHORS DE VOTRE EGLISE LOCALE. (Quelqu'un qui vous connaît très bien et qui peut témoigner sur votre comportement.)

3. (a) Etes vous marié ou célibataire ? _____

(b) Quand êtes-vous marié ? _____

4. Donnez le nom de votre épouse. _____

5. Les noms et les âges de vos enfants :

6. Donnez les noms des écoles que vous avez fréquentées dans le cadre suivant.

Nom de l'école fréquentée.	Année d'étude.	Diplômes ou Certificats.
----------------------------	----------------	--------------------------

19 ____ à 19 ____

19 ____ à 19 ____

19 ____ à 19 ____

19 ____ à 19 ____

7. Depuis quand êtes-vous membre de l'Eglise du Christ ? _____

8. Quel rôle jouez-vous dans l'Eglise ? _____

9. Donnez la date de votre baptême. _____

10. Indiquez brièvement les raisons pour lesquelles vous voulez être formé au CFB.

11. Documents à joindre à cette fiche.

- a. Photocopie de votre carte d'identité ou les 4 premières pages de votre passeport.
- b. Une lettre de votre Eglise locale confirmant leur intention de vous parrainer.
- c. 4 photos d'identité.
- d. Copies des certificats ou des diplômes académiques ou professionnels obtenus.

12. Je comprends les exigences suivantes :

- a. Le Centre n'offre pas de bourse à ses étudiants pour le voyage à l'étranger pour continuer leur formation.
- b. Le Centre n'offre pas d'emploi à ses étudiants après la formation.
- c. Le Centre ne place pas ses étudiants formés comme Prédicateurs en plein temps dans une assemblée de l'Eglise du Christ. Ceci est un arrangement personnel entre les Prédicateurs formés au Centre et les Eglises locales.
- d. La discipline chrétienne et morale exigée du Centre de ses étudiants est très élevée. L'incapacité de se conformer aux règles de la discipline et aux enseignements de la Bible peut entraîner des sanctions sévères, même le renvoi du Centre.
- e. Le fait que j'ai reçu cette fiche d'inscription n'indique aucunement que je suis déjà admis au CFB. Je ne dois pas démissionner de mon service avec l'espoir d'aller à Cotonou sans une lettre d'admission qui me parviendra après un examen et une entrevue.

Je confirme que toute information donnée ici est vraie. J'ai lu et compris la nature des exigences ci-dessus et j'accepte de me conformer à elle si je suis admis au CFB.

Signature. _____ Date. _____

**CENTRE DE FORMATION BIBLIQUE
POUR L'AFRIQUE FRANCOPHONE.
01 B.P 3268, COTONOU. REPUBLIQUE DU BENIN.**

☎ 229-382223 E-mail eciojer@intnet.bj

CERTIFICAT DE SANTE 1.

Nom et Adresse. _____

Date de Naissance. _____

Nom, adresse et numéro de téléphone d'un Parent/Pédagogue/Epouse/ou Frère consanguin à contacter en cas d'une situation grave.

Nom. _____ Relation. _____

Adresse. _____ Téléphone. _____

Etiez-vous une fois admis dans un hôpital ? Oui ou Non. _____

Si Oui, indiquez la raison. _____

NB : Soulignez la bonne réponse entre Oui et NON.

Avez-vous une fois souffert des maladies suivantes ?

- | | |
|--|----------|
| a. La Tuberculose ou une autre infection de la poitrine. | Oui/Non. |
| b. Les attaques névrotiques ou d'évanouissement. | Oui/Non. |
| c. La maladie du cœur. | Oui/Non. |
| d. Toute maladie du système génito-urinaire. | Oui/Non. |
| e. Le diabète. | Oui/Non. |
| f. Toute maladie du système de digestion. | Oui/Non. |
| g. L'épilepsie. | Oui/Non. |
| h. Le rhumatisme. | Oui/Non. |

Si la réponse à quelques-unes des questions posées est OUI, s'il vous plaît, donnez les détails.

Souffrez vous d'un handicap physique ? Oui/Non.

Si OUI, expliquez. _____

S'il y a d'autres informations pertinentes à votre histoire de la santé qui ne sont pas couvertes par cette page, s'il vous plaît, donnez-les. _____

Est-ce qu'un membre de votre famille avait souffert de :

- | | |
|---------------------|----------|
| a. Tuberculose. | Oui/Non. |
| b. Maladie mentale. | Oui/Non. |
| c. Diabète. | Oui/Non. |

Signature du Candidat. _____ Date. _____

NB : Cher frère, veuillez remplir cette fiche pour nous permettre d'évaluer votre état de santé. Consultez votre Médecin qui va remplir cette deuxième page après un petit examen et envoyez ces deux pages à nous avec votre fiche d'inscription.

Deuxième Partie à compléter par un Médecin.

- a) Hauteur. _____ Poids. _____
b) Acuité visuelle. _____
 Sans les lunettes D. 6/ G. 6/
 Avec des lunettes D. 6/ G. 6/
- c) L'ouïe Oreille Gauche Oreille Droit.
- d) L'état de :
Dents. _____
Narines. _____
Gorge. _____
- e) Glandes lymphatiques. _____
Système de circulation. _____
Les pouls. _____
La pression du sang. _____
- f) L'abdomen. _____
La rate. _____
Toute évidence de l'hernie. _____
- g) Toute autre observation importante (exemple, une infirmité physique ou mentale.)

Date. _____

Signature et Cachet du Médecin.

Adresse et Qualification.