



INSTITUT OMEGA DES METIERS DE LA SANTE

I-O-M-S DAKAR

FICHE D'INSCRIPTION

Nom : **Prénom**.....

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone..... **Email**.....

Option :

Cursus scolaire :

Diplômes	Années	Lieux

Parcours professionnel :

.....
.....
.....

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom.....Prénom.....

Adresse.....Tel.....

Liens de parentés.....



Date et signature