

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION
A LA FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLEES DE DIEU
MAITRISE**

Instructions: Veuillez remplir intégralement ce formulaire de votre main et envoyez-le par courrier à : FATAD, B.P. 2313, Lomé, Togo

1. Informations personnelles

Nom : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Adresse permanente : _____

Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ Email : _____

Situation matrimoniale : () marié(e) () divorcé(e) () célibataire () veuf / veuve

Nombre de personnes vous accompagnant : _____

2. Formation

Ecoles fréquentées	Nombre d'années d'études	Diplôme obtenu
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Expérience professionnelle

Expérience séculière ou de travail manuel : _____

4. Expérience ministérielle

Eglise ou dénomination : _____

Nom de votre église locale: _____

() Ordonné(e) () Autorisé(e) à exercer () Enseignant d'école biblique

() Pasteur () Evangéliste () Autre _____

5. Informations pour le contact

Parent le plus proche (épouse, père, mère) : _____

Adresse (si elle diffère de la votre) : _____

Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ Email : _____

6. Témoignage*

Sur une feuille de papier séparée, veuillez rédiger de votre main votre témoignage en incluant

- (a) votre ancienne vie
- (b) votre conversion et votre baptême dans le Saint-Esprit
- (c) votre appel au ministère
- (d) votre expérience dans le service chrétien

7. Sermon*

Veuillez nous envoyer un manuscrit ou une cassette de l'un de vos sermons.

8. Déclaration de vos croyances*

Veuillez nous envoyer une déclaration de vos croyances en ce que concerne la doctrine.

9. Formulaires additifs

Veuillez remplir et nous faire parvenir les autres formulaires : Formulaire de santé*, certificat médical*, demande de relevé de notes*, recommandation de l'église**.

8. Finances

Comment seront payées vos études à la FATAD ? _____

**Les diplômés de la FATAD n'ont pas besoin de fournir ces éléments.*

***Tous les candidats sont tenus de fournir le formulaire de recommandation de l'église, signé par le président des Assemblées de Dieu du pays dans lequel le candidat exerce son ministère.*

ENGAGEMENT : Je soussigné, certifie que toutes les informations ci-dessus sont vraies. Je comprends que toute information falsifiée pourra être retenue contre moi et disqualifiera automatiquement ma candidature à la FATAD. Si ma candidature est acceptée, je m'engage à obéir à toutes les règles qui régissent l'école, à me conduire comme un chrétien et un serviteur de Jésus-Christ, et à coopérer avec l'administration de l'école en ce qui concerne le maintien de ses standards moraux, spirituels et éducatifs.

Signature du candidat : _____ Date : _____

Office Use Only

Date Received: _____ By: _____ Fee (2500 fcfa) Paid: _____ Owing: _____

Révisé Mars 2003

RECOMMANDATION DE L'EGLISE
Pour la
FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLEES DE DIEU (FATAD)
MAITRISE

Au candidat : Après avoir écrit votre nom et votre adresse, veuillez soumettre ce formulaire au Président des Assemblées de Dieu du pays dans lequel vous servez. Nous demandons respectueusement au Président de remplir ce formulaire et de l'envoyer dans un court délai à l'adresse suivante : FATAD, B.P. 2313, Lomé, Togo. La réponse sera confidentielle.

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Adresse permanente : _____

Ville : _____ Etat : _____ Pays : _____

A ETRE REMPLI PAR LE PRESIDENT DES ASSEMBLEES DE DIEU

Depuis combien de temps le candidat est-il dans le ministère ? _____

Quel est son statut ? _____

S'il est ordonné, depuis quand ? _____

Est-il diplômé d'une école biblique ? _____ Nom de l'école : _____

Combien d'années a-t-il fréquenté? _____

Ministère actuel : () Pasteur () Evangéliste () Enseignant dans une école
biblique

() Administrateur de l'église—précisez : _____

() Autre : _____

A-t-il été cause de trouble ou de dissension dans

() l'église locale ? () la section ? () le district ? () le conseil général ?

() autre ? Si oui, expliquez : _____

Ses études à la FATAD seront-elles vous profitables à lui et à votre église ? _____

Lui recommandez-vous sans hésitation à la FATAD ? _____

Y-a-t-il à votre connaissance une raison pour laquelle il ne devrait pas suivre des cours à la FATAD ? _____ Si oui, expliquez : _____

Comment seront pourvues les finances en rapport avec ses études (frais scolaires, voyages, livres, fournitures diverses, etc.) ? _____

Cochez dans la colonne qui convient le mieux à l'attitude dans chacune des catégories suivantes :

<i>Attitude envers</i>	<i>Excellente</i>	<i>Bonne</i>	<i>Acceptable</i>	<i>Pas bonne</i>
Son ministère	_____	_____	_____	_____
Ses supérieures	_____	_____	_____	_____
Sa famille	_____	_____	_____	_____
Membres de son église	_____	_____	_____	_____
Soutien financier à l'église nationale	_____	_____	_____	_____

(S'il vous plait, veuillez écrivez lisiblement)

Président _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Etat : _____ Pays : _____

Signé: _____ Date: _____

OFFICE USE ONLY

Date Received: _____

By: _____

Révisé mar 2003

FORMULAIRE DE SANTE
FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLEES DE DIEU (FATAD)
MAITRISE

Au candidat : Veuillez remplir correctement ce formulaire. Si nécessaire, utilisez une feuille de papier séparée pour de plus amples explications. Une autorité médicale qualifiée devra remplir et signer le certificat médical. Envoyez ensuite ces formulaires à la FATAD, B.P. 2313, Lomé, Togo.

Nom : _____

Prénoms : _____

Adresse permanente : _____

VILLE : _____ PAYS : _____

1. Y a-t-il une histoire de tuberculose, de cancer, de SIDA, de dépression, ou d'aliénation mentale dans votre famille ? _____ Si oui, expliquez : _____
2. Avez-vous jamais vécu avec quelqu'un qui avait la tuberculose ou le SIDA ? _____ Si oui, décrivez la nature du contact : _____
3. Avez-vous une toux chronique ? _____
 Date du dernier examen de radiologie pour votre poitrine : _____

4. Donnez l'âge approximatif auquel vous avez eu des manifestations des maladies suivantes :

Asthme	_____	Oreillons	_____	Fièvre	_____
Diabète	_____	Paludisme	_____	Scarlatine	_____
Filaire	_____	Poliomyélite	_____	Diphtérie	_____
Typhoïde	_____	Epilepsie	_____	Lèpre	_____
Hépatite	_____	Parasites	_____	Goitre	_____
SIDA	_____	Internes	_____	thyroïdien	_____
Diphtérie	_____	Maladies	_____	Variole	_____
Rheuma-	_____	vénéériennes	_____	Dépression	_____
tisme	_____	Articulaire	_____		
		Aigu	_____		

S.V.P. utilisez une autre feuille pour répondre aux questions suivantes :

5. Faites une liste des opérations que vous avez subies et les dates approximatives
6. Etes-vous handicapé physiquement ? _____ Si oui, expliquez _____
7. Avez-vous jamais été victime d'évanouissement, défaillance ? Si oui, expliquez.

CERTIFICAT MEDICAL pour _____

A l'adresse de l'agent médical qui établit ce certificat :

La personne concernée a fait une demande d'admission à la Faculté de Théologie des Assemblées de Dieu sise à Lomé au Togo. Une situation médicale claire est une exigence en vue de l'admission. Nous vous prions de procéder à un examen complet du sujet et de répondre aux questions suivantes le concernant. Merci de votre aide. Si vous avez d'autre remarque, veuillez s'il vous plaît les noter sur une feuille séparée.

La personne montre-t-elle des signes des pathologies suivantes ?

<u>Oui</u>	<u>Non</u>		<u>Oui</u>	<u>Non</u>	
()	()	Tuberculose	()	()	Problèmes cardiaques
()	()	Lèpre	()	()	Allergies

()	()	Maladies vénériennes	()	()	Troubles digestifs ou d'estomac
()	()	Hépatite	()	()	Problèmes dentaires
()	()	SIDA	()	()	Hernie () D () G
()	()	Parasites internes			
()	()	Autres infections ou maladies contagieuses : _____			

Vision normale sans lunettes : D _____ G _____

Tension Artérielle : Syst. _____ Diast. _____ Urine : Albumine _____ Sucre _____

Remarques sur les éléments ci-dessus mentionnés : _____

Y a-t-il une raison qui pourrait empêcher le candidat de suivre les cours à plein temps ?

Nom de la personne
remplissant ce certificat :

Titre : _____ Date : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Pays : _____

DEMANDE DE RELEVÉ DE NOTES
FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLÉES DE DIEU (FATAD)
MAITRISE

Au candidat : Veuillez mettre votre nom et votre adresse, puis soumettez ce formulaire au responsable de la dernière institution académique de niveau universitaire de laquelle vous êtes diplômé. Nous demandons respectueusement au responsable de remplir ce formulaire et de l'envoyer ensemble avec tous les relevés de notes du candidat par courrier postal à l'adresse suivante : FATAD, B.P. 2313, Lomé, Togo.

Nom : _____ Prénoms : _____

Adresse permanente : _____

Ville : _____ Etat : _____ Pays : _____

Monsieur le Responsable académique :

De la part du candidat

En tant qu'ancien étudiant et diplômé de votre institution, je vous prie d'envoyer tous mes relevés de notes à la FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLÉES DE DIEU. Je vous remercie.

_____ Date _____

Monsieur le Responsable académique :

De la part de la FATAD

En vue de nous assurer que les relevés de notes du candidat seraient totalement officiels et qu'ils fournissent toutes les informations nécessaires, nous vous prions de veiller à ce qu'ils incluent toutes les données suivantes :

1. Le nom de votre école
2. L'adresse postale de votre école
3. Le nom de l'étudiant
4. Les années académiques pendant lesquelles l'étudiant a suivi les cours
5. Le nom de chaque cours suivi
6. Le nombre d'unités de valeur
7. La note obtenue pour chaque cours
8. La signature du responsable chargé de délivrer les relevés de notes
9. Le sceau de l'école sur les relevés de notes

A part les données ci-dessus fournies, nous vous prions de répondre aux questions suivantes figurant sous la rubrique **INFORMATIONS CONCERNANT LES RELEVES DE NOTES**. Ces informations nous permettront d'évaluer de manière plus précise le travail de l'étudiant dans votre école. Cela est nécessaire pour lui accorder l'admission à la FATAD et au niveau qui convient, sur la base de son travail dans votre école. Nous vous remercions beaucoup pour votre aide.

INFORMATIONS CONCERNANT LES RELEVES DE NOTES

1. Nom de l'école : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Etat : _____ Pays : _____

2. Quelles sont les exigences académiques pour une admission dans votre école ? _____

3. Combien d'années dure votre programme depuis l'inscription jusqu'à la remise des diplômes ? _____

4. Combien de trimestres ou semestres avez-vous par année ? _____ Combien de semaines avez-vous par semestre ou par trimestre ? _____

5. Combien de temps dure chaque heure de cours ? _____

6. Comptez-vous les jours de congés comme jours de cours ? _____

Si oui, combien de jours de congés avez-vous chaque trimestre ou semestre ? _____

7. Qu'est-ce qui constitue une « unité de valeur » dans votre école ? (Par exemple, trois unités de valeur à la FATAD signifie que l'étudiant a suivi des cours pendant 10 jours à raison de 3 heures 45 minutes par jour, pour un total de 37.5 heures, avec 750 minutes de cours pour chaque unité de valeur.)

8. Comment interprétez-vous votre système de notation ?

