

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

*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**

Combien d'années avez-vous passées

au cours secondaire ? \_\_\_\_\_ au cours universitaire ? \_\_\_\_\_ à l'école biblique ? \_\_\_\_\_ autre  
instruction ? \_\_\_\_\_ Laquelle ? \_\_\_\_\_

Nom et location de l'école biblique \_\_\_\_\_

---

*Vous devez joindre des photocopies de toutes les attestations, certificats, diplômes, résultats d'examens et les relevés de notes que vous voudriez présenter à la FATAD pour montrer vos qualifications en vue de l'admission ou pour un niveau avancé.*

---

**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 vôtre) : \_\_\_\_\_

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. Formulaires additifs

Veuillez remplir et nous faire parvenir les autres formulaires : Formulaire de santé, certificat médical, demande de relevé de notes, relevé de notes, deux photos passeport (une pour la carte d'identité), recommandation de l'église\*.

## 8. Finances

Comment seront payées vos études à la FATAD ? \_\_\_\_\_

*\*Le formulaire de recommandation de l'église doit être 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 March 2003*

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

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 :

Attitude envers	Excellente	Bonne	Acceptable	Pas bonne
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 : \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY

Date Received: \_\_\_\_\_

By: \_\_\_\_\_

*Révisé March 2003*

**OFFICE USE ONLY**

Date received \_\_\_\_\_

By \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE DE SANTE****FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLEES DE DIEU**

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

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse permanente : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Y a-t-il une histoire de tuberculose, de cancer, de SIDA, de dépression, ou d'aliénation mentale dans votre famille ? \_\_\_\_\_ Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

1. Avez-vous jamais vécu avec quelqu'un qui avait la tuberculose ou le SIDA ? \_\_\_\_\_ Si oui, décrivez la nature du contact : \_\_\_\_\_
2. Avez-vous une toux chronique ? \_\_\_\_\_
3. Date de dernier examen de radiologie pour votre poitrine : \_\_\_\_\_
4. Donnez l'âge approximatif auquel vous avez eu des manifestations des maladies des suivants :

Asthme	_____	Oreillons	_____	Fièvre	_____
Diabète	_____	Paludisme	_____	Scarlatine	_____
Filaire	_____	Poliomyélite	_____	Diphtérie	_____
Typhoïde	_____	Epilepsie	_____	Lèpre	_____
Hépatite	_____	Parasites	_____	Thyroïde	_____
SIDA	_____	internes	_____	(goitre)	_____
Diphtérie	_____	Maladies	_____	Variole	_____
Rheuma- tisme	_____	Vénéériennes	_____	Dépression	_____
		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-il 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)  
LICENCE**

*Au candidat : Veuillez mettre votre nom et votre adresse, puis soumettez ce formulaire au responsable de la dernière institution académique 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 de 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 15 jours à raison de 2 heures 30 minutes par jour, pour un total de 37 heures, avec 750 minutes de cours pour chaque unité de valeur.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Comment interprétez-vous votre système de notation ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY

Date Received: \_\_\_\_\_

By: \_\_\_\_\_