



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

*Instructions: Veuillez remplir intégralement ce formulaire de votre main et envoyez-le par courrier à: Archiviste, FATAD, B.P. 2313, Lomé, Togo, ou scannez-le et envoyez-le à: [archiviste@fatad.org](mailto:archiviste@fatad.org).*

---

**1. Informations personnelles**

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

Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

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

Nombre de personnes en charge : \_\_\_\_\_

Comment seront-ils soutenus pendant votre séjour à la FATAD ? \_\_\_\_\_

**2. Formation**

Nombre d'années passées

Au cours primaire : \_\_\_\_\_ Au collège : \_\_\_\_\_ A l'université : \_\_\_\_\_

A l'école biblique : \_\_\_\_\_

Nom et situation géographique de l'école biblique : \_\_\_\_\_

Autre formation : \_\_\_\_\_

---

*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.*

---

**3. Expérience séculière (en dehors de l'église) :** \_\_\_\_\_

---

#### 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 : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

#### 6. Témoignage

Veillez rédiger de votre main votre témoignage en incluant

1. votre ancienne vie
2. votre conversion et votre baptême dans le Saint-Esprit
3. votre appel au ministère
4. votre expérience dans le service chrétien

#### 7. Formulaire attachés

Veillez attacher les suivants : Demande d'admission, Formulaire de santé, Certificat médical, Relevé de notes, Recommandation de l'église\* et deux (02) photos passeports.

*\*La Recommandation de l'église doit être signée par le président des Assemblées de Dieu du pays où sert le candidat.*

#### 8. Finances

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

**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

Utilisation exclusive au bureau

Reçu le \_\_\_\_\_ Par \_\_\_\_\_ Frais (2500 cfa) Payé : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_



## FORMULAIRE DE SANTE

### FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLES DE DIEU (FATAD) LICENCE / DIPLOME

Réservé exclusivement à  
l'administration

Reçu le \_\_\_\_\_  
par \_\_\_\_\_

*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 : Archiviste, FATAD, B.P. 2313, Lomé, Togo, ou scannez-les et envoyez-les à [archiviste@fatad.org](mailto:archiviste@fatad.org).*

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

Prénoms : \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

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 _____	Scarlatine _____
Diabète _____	Paludisme _____	Diphtérie _____
Filaire _____	Poliomyélite _____	Lèpre _____
Typhoïde _____	Épilepsie _____	Goitre thyroïdien _____
Hépatite _____	Parasites internes _____	Variole _____
SIDA _____	Rhumatisme _____	Maladies vénériennes _____

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 : \_\_\_\_\_



**FACULTE DE THEOLOGIE DES  
ASSEMBLEES DE DIEU (FATAD)  
LICENCE / DIPLOME**

Réservé exclusivement à  
l'administration

Reçu le \_\_\_\_\_  
par \_\_\_\_\_

***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 (FATAD) 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 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>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes cardiaques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lèpre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies vénériennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles digestifs ou d'estomac
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes dentaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernie ( ) D ( ) G
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parasites internes			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 ? \_\_\_\_\_

Titre et nom de la personne remplissant ce certificat : \_\_\_\_\_

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

Adresse postale : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_



## INFORMATIONS CONCERNANT LES RELEVES DE NOTES

1. Nom de l'école : \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

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 de 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 ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Titre et nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_



## RECOMMANDATION DE L'EGLISE

### FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLEES DE DIEU (FATAD)

#### LICENCE / DIPLOME

Réservé exclusivement à  
l'administration

Reçu le \_\_\_\_\_  
par \_\_\_\_\_

*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 : Archiviste, FATAD, B.P. 2313, Lomé, Togo, ou de le scanner et l'envoyer à [archiviste@fatad.org](mailto:archiviste@fatad.org). La réponse sera confidentielle.*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

#### 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 : \_\_\_\_\_

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 :

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

*(Veuillez écrire lisiblement)*

Président : \_\_\_\_\_

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

Adresse postale : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_