FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLEES DE DIEU (FATAD)

PROGRAMME DE MASTER

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.

---

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 vous accompagnant : _____

2. Formation

Ecoles fréquentées	Nombre d'années d'études	Diplôme obtenu
Primaire	_____	_____
Collège	_____	_____
Lycée	_____	_____
Université	_____	_____

3. Expérience professionnelle (en dehors de l'église)

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 _____

Nombre d'années dans le ministère : _____

5. Informations pour le contact

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

Adresse (si elle diffère de la vôtre) : _____

Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

6. Témoignage*

Sur une feuille de papier séparée, veuillez 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. Sermon* : Veuillez nous envoyer un manuscrit ou un CD 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** et deux (02) photos passeports.

10. Finances

Comment seront payées vos études à la FATAD ?_____

_____

**Les diplômés de la FATAD ne sont pas exiger de fournir cet élément.*
***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 : _____

Utilisation exclusive au bureau
Reçu le _____ Par _____ Frais (2500 cfa) Payé : Oui _____ Non _____

RECOMMANDATION DE L'EGLISE

FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLEES DE DIEU (FATAD)

Réservé exclusivement à l'administration
Reçu le_____
par _____

PROGRAMME DE MASTER

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 de l'envoyer à 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 :

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

(Veuillez écrire lisiblement en caractères majuscules.)

Président : _____

Signature : _____ Date : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ E-mail :_____

Réservé exclusivement à l'administration
Reçu le_____ par _____

FORMULAIRE DE SANTE

FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLEES DE DIEU (FATAD)

PROGRAMME DE MASTER

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.

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_____

Veuillez utiliser 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 :

_____

_____

FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLEES DE DIEU (FATAD)

PROGRAMME DE MASTER

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, 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 ?

Oui	Non		Oui	Non	
( )	( )	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 : _____

Téléphone : _____ E-mail :_____

Révisé mai 2019

Réservé exclusivement à l'administration
Reçu le_____
par _____

DEMANDE DE RELEVE DE NOTES

FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLEES DE DIEU (FATAD)

PROGRAMME DE MASTER

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 à : Archiviste, FATAD, B.P. 2313, Lomé, Togo. Le relevé de notes ne peut pas être envoyé par e-mail.

Nom : _____ Prénoms : _____

Adresse permanente : _____

Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ E-mail :_____

Monsieur le Responsable académique : <u>De la part du candidat</u>

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 ASSEMBLEES DE DIEU. Je vous remercie.

_____ Date : _____

Monsieur le Responsable académique : <u>De la part de la FATAD</u>

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 : _____ 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 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 ?

   _____

   _____

   _____

   _____