



**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.

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 _____



DEMANDE DE RELEVÉ DE NOTES

FACULTE DE THEOLOGIE DES ASSEMBLÉES 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>	
()	()	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 ? _____

Titre et nom de la personne
remplissant ce certificat : _____

Signature : _____ Date : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

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 : 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 : 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 ASSEMBLEES DE DIEU. Je vous remercie.

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

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 afin de lui accorder l'admission à la FATAD au niveau qui convient, sur la base de son travail dans votre école. Nous vous remercions de 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 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. La réponse sera confidentielle.

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Adresse permanente : _____

Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

A ETRE REMPLI PAR LE PRESIDENT DES ASSEMBLEES DE DIEU
OU PAR SON DELEGUE

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 en caractères majuscules.)

Président : _____

Signature : _____ Date : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

(Note : La signature du président est requise. Toutefois, si le président ne connaît pas bien le candidat, il peut déléguer quelqu'un d'autre pour répondre aux questions du formulaire. Si une personne autre que le président remplit ce formulaire de recommandation, veuillez inclure le nom, la fonction et la signature de cette personne en plus de celle du président).

Nom de la personne déléguée pour remplir le formulaire de recommandation : _____

Rôle/Position : _____

Signature : _____ Date : _____