



MINISTRE DE LA FAMILLE  
DES ORGANISATIONS FEMININES  
ET DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE



Dakar, le

21 JUL 2010

Le Ministre d'Etat

## LETRE D'INFORMATION

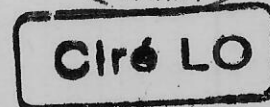
**Objet :** Offre de bourses de formation en Israël.

Dans le cadre de la Coopération bilatérale, la République d'Israël met à la disposition du Sénégal des bourses pour un stage de formation prévu du 15 novembre au 09 décembre 2010 dont le thème porte sur « *Ensuring Food Safety in Times of Global Change* » (garantir la sécurité alimentaire en période de changement global).

Les agents qui sont intéressés par ces bourses d'études devront remplir les formulaires de candidature ci-joints, et les remettre au Conseiller Technique Cellule Planification Suivi<sup>2</sup> pour une présélection qui sera soumise à l'Ambassade d'Israël au plus tard le 30 juillet 2010.

### Pièces Jointes :

1. Lettre du Ministère de la Coopération Internationale
2. Formulaire MASHAV en Anglais
3. Formulaire MASHAV en Français
4. Document de Présentation de *Ensuring Food Safety in Times of Global Change*





**MASHAV**  
**Centre pour la Coopération Internationale**  
**Ministère des Affaires étrangères**  
**Jerusalem**

**Cher Candidat,**

**Nous sommes heureux de recevoir votre demande de candidature pour un programme d'étude en Israël. Afin de nous permettre d'examiner votre demande, veuillez remplir les formulaires ci-joints (2 copies) et les envoyer au représentant Israélien officiel le plus proche (ambassade ou outre).**

**Veillez à ce que toutes les informations requises soient fournies en détail. Tapez à la machine vos réponses ou écrivez-les lisiblement. Cela facilitera le processus et nous permettra de prendre notre décision dans les plus brefs délais.**

**Vous serez notifié par le représentant israélien officiel.**

**Nous vous adressons nos remerciements et nos vœux de réussite.**

**TRES IMPORTANT:**

**Ce formulaire doit être soit tapé à la machine soit écrit lisiblement dans la langue du cours et accompagné des documents suivants:**

- **Un certificat médical dûment rempli et signé,**
- **Un certificat prouvant votre compétence dans la langue du cours (si la langue de ce cours/programme n'est pas votre langue maternelle ou la langue officielle de votre pays).**
- **Une photocopie de votre plus haut diplôme universitaire traduit dans la langue du cours/programme.**
- **Trois photos-passeport, en supplément de celles fixées aux deux copies de cette demande.**
- **Deux lettres de recommandation: de votre employeur actuel.**
- **Ces formulaires dûment remplis devront atteindre le représentant diplomatique d'Israël le plus proche au moins dix semaines avant l'ouverture du stage/programme**

**A L'USAGE DE L'ADMINISTRATION.**

שגרירות/ נציגות ישראל במדינת \_\_\_\_\_ תאריך קבלת השאלון \_\_\_\_\_

ראיינתי את המועמד/ת: אישית/טלפוני  
הערכת המועמד/ת והתאמה לקורס: \_\_\_\_\_

שם \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ חותמת השגרירות \_\_\_\_\_

- \* נא לשלוח העתק אחד למש"ב ואחד להשאיר בנציגות
- שאלונים שלא ימולאו במלואם כולל חלק זה בעברית לא יטופלו
  - במידה והמשתלם יתקבל לקורס, יש לציידו במכתב מטעמכם ולהסביר לו את סדרי הגעתו משדה התעופה למקום הקורס.

### 1. Généralités

Nom du cours/programme de formation \_\_\_\_\_

Nom de l'institution de formation en Israël \_\_\_\_\_

Dates: \_\_\_\_\_ Langue du cours \_\_\_\_\_

### Arrangements financiers:

Billet d'avion payé par \_\_\_\_\_

Cours et frais d'hébergement payés par \_\_\_\_\_

### 2. Détails personnels

Nom \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Religion \_\_\_\_\_

Passport No. \_\_\_\_\_

Date de Naissance \_\_\_\_\_ Sexe: Mféminin/Masculin Statut Familial \_\_\_\_\_

Adresse personnelle \_\_\_\_\_

Téléphone (préfixe du pays \_\_\_\_\_)(préfixe de la région \_\_\_\_\_) No \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### 3. Instruction

	Etablis- ment	Lieu	de telle date à telle date	Sujets étudiés	Diplôme
Ecole secondaire					
Ecole technique					
Ecole professionnelle					
Diplômes Universitaires					
1er cycle					
2ème cycle					
3ème cycle					

### 4. Autres études / cours / séminaires (au cours des dix dernières années)

Sujet du cours	Pays	Organisé par	Durée des Etudes	Année

### 5. Etudes précédentes en Israël

Sujet du cours	Année	Nom de l'établissement de formation

**6. Connaissance de l'informatique /ordinateur**

Non \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_

Si votre réponse est oui, veuillez préciser vos compétences et les programmes que vous maîtrisez (Word, Excel, Qtext, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. Connaissances des langues**

Langue maternelle \_\_\_\_\_

Autres Langues	Lecture			Conversation			Ecrit		
	Moyen	Bien	Très bien	Moyen	Bien	Très bien	Moyen	Bien	Très bien

**8 Emploi**

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Type d'employeur (encerclez la réponse correcte): Gouvernement / Non gouvernemental / Privé/autre

Emploi actuel \_\_\_\_\_

Description du travail \_\_\_\_\_

Emploi précédent \_\_\_\_\_

Dernier poste \_\_\_\_\_

**9. Affiliation (si c'est le cas) – Syndicat/ Coopérative/ Non-gouvernemental/ autres**

Nom de l'organisation \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Position et/ou situation occupée: \_\_\_\_\_

Nom de l'organisation nationale et/ou internationale à laquelle le candidat ou son organisation sont affiliés \_\_\_\_\_

Affiliation à d'autres organisations: \_\_\_\_\_

**10. Références:** donner les noms de deux personnes dans votre pays ou en Israël qui connaissent vos qualifications professionnelles

	Nom	Poste	Téléphone	Fax
Dans votre pays				
En Israël:				

# DECLARATION

PROGRAMME DE FORMATION \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Je, soussigné (e), M./Mme./Melle \_\_\_\_\_ de (Pays) \_\_\_\_\_

En soumettant ma candidature pour des études ou un programme de formation en Israël tel que décrit précédemment, déclare comme suit :

- (A) JE COMPRENDS que l'intention du gouvernement de l'Etat d'Israël est de me permettre, si je remplis aux exigences requises, de participer à une période d'études et/ou de formation en Israël dans le cadre de la coopération entre le gouvernement de l'Etat d'Israël et celui de mon pays.
- (B) JE SUIS PLEINEMENT CONSCIENT/E du fait qu'il m'est offert de suivre ce programme de formation afin que cela bénéficie au développement de mon pays. Par conséquent, je m'engage à participer à tous les cours dispensés et à respecter tous les règlements fixés par l'institution professionnelle qui m'accueillera pour la durée du programme.
- (C) JE COMPREND PARFAITEMENT que le but de ma visite en Israël est d'étudier et/ou de suivre une formation professionnelle. Par conséquent, j'éviterai, lors de mon séjour en Israël, de prendre part à de quelconques activités politiques et/ou d'entreprendre un travail rémunéré.
- (D) JE SUIS PLEINEMENT CONSCIENT/E du fait que mon séjour en Israël sera interrompu au cas où j'enfreindrai une des clauses de ma présente déclaration et/ou au cas où j'enfreindrai le code civil et pénal de l'Etat d'Israël et/ou au cas où j'enfreindrai les lois et les règlements de l'établissement ou de l'institut où j'étudierai et où je suivrai le programme de formation professionnelle.
- (E) JE M'ENGAGE à retourner dans mon pays à la fin de mes études, comme stipulé par le gouvernement de l'Etat d'Israël et les superviseurs du programme de formation.
- (F) JE SUIS PLEINEMENT CONSCIENT/E du fait que l'Etat d'Israël ne peut d'aucune manière être imputé responsable pour les besoins matériels de ma famille pendant mon séjour en Israël ni pour mon emploi dès mon retour au pays.
- (G) JE SUIS -à ma connaissance- sain/e de corps et d'esprit et n'ai besoin d'aucun traitement ou attention médicale.
- (H) JE M'ENGAGE à me soumettre à de plus amples examens médicaux avant ou au cours de mes études, à la demande du gouvernement de l'Etat d'Israël.
- (I) JE SUIS PLEINEMENT CONSCIENT/E du fait que l'institut n'a aucune responsabilité en ce qui concerne mon argent, mes objets précieux, document, etc. De même, l'institut n'est aucunement responsable de la perte de cet argent, de ces objets précieux, documents, etc.
- (J) (POUR LES FEMMES) JE NE SUIS PAS -à ma connaissance- enceinte et je comprends que je peux être renvoyée dans mon pays en cas de grossesse.
- (K) JE COMPRENDS que les organisateurs n'acceptent aucune responsabilité en ce qui concerne le traitement de maladies chroniques, les soins dentaires et les lunettes durant mon séjour en Israël.
- (L) JE COMPRENDS AUSSI que mes objets personnels ne sont pas assurés par les organisateurs
- (M) JE CERTIFIE PAR LA PRÉSENTE que toutes les informations et que tous les documents présentés sont corrects et authentiques
- (N) JE SUIS PLEINEMENT CONSCIENT/E qu'il est de ma responsabilité d'obtenir le nom et l'endroit où se trouve l'institut israélien où je suis censé/e étudier, son adresse et la façon d'y arriver .
- (O) JE COMPRENDS que tous les arrangements financiers ont été conclus par le représentant officiel d'Israël avant mon arrivée en Israël
- (P) JE COMPRENDS PARFAITEMENT que, sauf si stipulé autrement, la police d'assurance contractée à mon égard par l'institut israélien ne me couvre que durant le cours/programme et dans les limites de l'Etat d'Israël.

Je confirme par la présente, que je consens pleinement aux conditions mentionnées ci-dessus.

Signature du candidat \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# CERTIFICAT MEDICAL

<b>Nom de famille:</b>	<b>Prenoms:</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>sexe</b>
------------------------	-----------------	--------------------------	-------------

<b>DOIT ETRE REMPLI PAR LE CANDIDAT</b>			
<b>Avez vous souffert et/ou souffrez vous des maladies suivantes</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>EN CAS DE REPOSE POSITIVE, SPECIFIEZ</b>
a. Cardiovasculaires			
b. Hypertension artérielle			
c. Diabète			
d. Epilepsie			
e. Troubles mentaux			
f. Tuberculose			
g. Asthme			
h. Troubles de la vue			
i. Malaria ou paludisme			
j. Maladies transmissibles par voie sexuelle (y compris le sida)			
k. Tumeurs malignes			
l. Hémorragie interne			
m. Avez-vous subi des interventions chirurgicales?			
n. Avez-vous subi des examens médicaux au cours de cette année?			
o. Prenez-vous des médicaments actuellement?			
p. Etes-vous enceinte actuellement? de combien de mois?			

<b>DOIT ETRE REMPLI PAR LE MEDECIN TRAITANT</b>			
<b>Le candidat a-t-il souffert /souffre-t-il des maladies suivantes</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>EN CAS DE REPOSE POSITIVE, SPECIFIEZ</b>
a. Cardiovasculaires			
b. Hypertension artérielle			
c. Diabète			
d. Epilepsie			
e. Troubles mentaux			
f. Tuberculose			
g. Asthme			
h. Troubles de la vue			
i. Malaria ou paludisme			
j. Maladies transmissibles par voie sexuelle (y compris le sida)			
k. Tumeurs malignes			
l. Hémorragie interne			
m. Avez-vous subi des interventions chirurgicales?			
n. Avez-vous subi des examens médicaux au cours de cette année?			
o. Prenez-vous des médicaments actuellement?			
p. Etes-vous enceinte actuellement? de combien de mois?			
q. Problèmes gynécologiques			

<b>EXAMEN MEDICAL : Veuillez préciser</b>				<b>Normal</b>	<b>Anormal</b>
r. Tension artérielle					
s. Fonctions cardiaques					
t. Fonctions respiratoires					
u. Foie					
v. Rate					
w. Ganglions lymphatiques					
x. Oedème des jambes					

<b>y. Examens</b>	<b>ESR</b>	<b>HB/HCT</b>	<b>WBC</b>	<b>HIV</b>	<b>Glucose dans l'urine</b>	<b>Protéines dans l'urine</b>
Résultats						

Conclusions du médecin / remarques générales:

Nom du médecin:

Signature: