



DEMANDE D'ADMISSION
Formation Initiale & Continue
Année Académique 2024/2025
Matricule Apprenant(e) :
(NB : réservé à l'administration)
Spécialité :

PHOTO 4X4 DE
L'APPRENANT (E)

1 FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom (s) de famille : _____

Prénom (s) : _____

Date de naissance : _____ Sexe : Masculin Féminin

Ville de naissance : _____

Pays de naissance : _____

Nationalité : _____

Document d'identification : CNI Carte séjour Passeport

Numéro : _____

Autorité de délivrance : _____

Date de délivrance : _____ Date d'expiration : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Portable : _____

E-mail : _____

2 INFORMATIONS A PROPOS DES PARENTS / TUTEURS

Le Père / Tuteur

La Mère / Tutrice

Nom (s) : _____

Prénom (s) : _____

Date de naissance : _____

Ville de naissance : _____

Pays de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse Permanente : _____

Ville : _____

Code postal : _____
Pays : _____
Téléphone : _____
Portable : _____
E-mail : _____

3 ETAT CIVIL DE L'APPRENANT (E)

3.1 Etat civil actuel

Jamais marié (e) Marié (e) Séparé (e) Divorcé (e)
Remarié (e) Veuve Autre (Spécifier) : _____
Avez-vous des enfants ? Oui Non Passer à la section suivante
Combien d'enfants avez-vous ?

3.2 Informations concernant le conjoint

Nom (s) de famille : _____
Prénom (s) : _____
Date de naissance : _____
Ville de naissance : _____
Nationalité : _____

4 SCOLARITE

4.1 Primaire / Secondaire

Date de début : _____ Date de fin : _____

Identification de l'établissement

Nom Adresse : _____
Ville : _____ Pays : _____
Diplôme obtenu : _____
Spécialité : _____
Note moyenne obtenue : _____ / 20

4.2 Etudes après le baccalauréat

Date de début : _____ Date de fin : _____

Identification de l'établissement

Nom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Pays : _____
Diplôme obtenu : _____

Spécialité : _____

Note moyenne obtenue _____ / 20

5 COMPETENCE LINGUISTIQUE

Sur une échelle de 0 à 5, quel est votre niveau de compétence dans chaque domaine des langues suivantes ? (0 étant aucune connaissance et 5 un niveau d'expert)

	Compréhension de l'oral	Expression orale	Compréhension de l'écrit	Expression écrite
Anglais				
Français				
Arabe				
Allemand				
Espagnol				
Autre (préciser) :				

6 COMPETENCE INFORMATIQUES

	Rien	Débutante	Pratiquant	Maîtriser	Expert
MS Word					
MS Excel					
MS Outlook					
MS PowerPoint					
MS Access					

7 FICHE MEDICALE

7.1 Antécédents médicaux personnels

Avez-vous eu une des maladies suivantes

	OUI	NON		OUI	NON
Bronchite fréquente			Autres troubles digestifs		
Asthme			Anomalies urinaires		
Tuberculose			Si OUI, préciser : _____		
Syncope, évanouissement			Calcul rénal ou urinaire		
Palpitations			Rhumatisme articulaire aigu		
Hypertension artérielle			Méningite, encéphalite		
Maladie du cœur			Epilepsie, convulsions		
Intolérance à l'effort			Paralysies		
Si OUI préciser : _____			Maladies gynécologiques		
Malaises divers			Autres maladies		
Jaunisse – Hépatite			Si OUI, précisez : _____		
Ulcère d'estomac			Avez-vous déjà été hospitalisé ?		
Diabète			Si OUI, précisez le motif : _____		

7.2 Terrain allergique

	OUI	NON
Etes-vous allergique à certains médicaments		
Si OUI lesquels		
Avez-vous des allergies cutanées (urticaire, eczéma)		
Avez-vous des allergies respiratoires (asthme – rhume des foins)		
Avez-vous des contres indications aux vaccinations		
Si OUI lesquelles		
Avez-vous une allergie aux piqûres de guêpes ou d'abeilles		
Si OUI, avez-vous été désensibilisé		

7.3 Antécédents chirurgicaux et traumatiques

Avez-vous subi une intervention chirurgicale pour un de ces problèmes

	OUI	NON
Appendice		
Hernie (s)		
Autres à préciser		
Avez-vous eu une anesthésie générale		
Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien		
Si OUI y avait-il eu perte de connaissance		
Vous reste-t-il des séquelles		
Avez-vous déjà eu des fractures des membres		
Si OUI, à quel membre		
Etes-vous encore porteur de broche, clou, vis ou plaque		
Avez-vous des problèmes aux genoux (blocages, douleur, entorse)		
Autres antécédents (luxations, entorse ...)		
Si OUI, préciser		

7.4 Yeux

	OUI	NON
Portez-vous des lunettes		
Portez-vous des lentilles ou verre de contact		
Avez-vous des problèmes de vision des couleurs		
Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil		
Avez-vous d'autres maladies des yeux		
Avez-vous bénéficié d'un traitement chirurgical de la myopie		

7.5 Nez Gorge Oreille Dents

	OUI	NON
Entendez-vous mal		
Avez-vous eu des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou		
Avez-vous des troubles de l'équilibre		
Avez-vous été opéré des oreilles ou du nez ou des sinus ou du cou		
Utilisez-vous régulièrement un baladeur		
Avez-vous des caries dentaires		

7.6 Troubles nerveux

	OUI	NON
Avez-vous fréquemment mal à la tête		
Avez-vous eu des évanouissements en dehors d'un traumatisme		
Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression		
Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes		
Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide		
Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie – boulimie)		
Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux		
Avez-vous uriné au lit après l'âge de 7 ans		
Avez-vous été en institut médico-pédagogique		
Avez-vous déjà été victime des troubles mentaux		

7.7 Traitements

	OUI	NON
Prenez-vous un traitement médicamenteux actuellement		
Si OUI Quels médicaments		

7.8 Antécédents familiaux

Un des membres de votre famille a eu une de ces maladies ?

	OUI	NON
Asthme		
Tuberculose		
Hypertension artérielle		
Maladie de cœur		
Autre (Précisez)		

8 CHOIX DU PROGRAMME D'ETUDES

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Licence Professionnelle en Soins Dentaires

Licence Professionnelle en Prothèse Dentaire

BTS Odontostomatologie

HND Dental Prothesis

HND Dental Therapy

Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

CQP Assistant (e) Prothésiste Dentaire

CQP Prothésiste Dentaire

CQP Prothésiste Dentaire Spécialisé

CQP Couture

CQP Broderie Industrielle

CQP Design Digital

CQP Consultant KAIZEN de Base

CQP Consultant KAIZEN Avancé

CQP Consultant KAIZEN Senior

Ministère de la Santé Publique

T.M.S. option Prothésistes Dentaire

9 DIVERS

Comment avez-vous connu **ZANG'S Academy** ? (Plusieurs réponses possibles)

	Par un salon, lequel ?
	Lors d'une journée porte ouverte
	Par un établissement scolaire, lequel ?
	Par un site internet, lequel ?
	Via nos Flyers ?
	Par un autre moyen, lequel ?
	Par une tierce personne ?

10 CONSTITUTION DE DOSSIER

Votre dossier de candidature doit comporter des pièces suivantes :

- ✓ Un formulaire de demande d'admission rempli et signé, à télécharger sur le site web de ZANG'S Academy à l'adresse : www.zangsacademy.com , ou à retirer au sein du campus au service d'admissibilité ; les jours ouvrables entre 8 h 00 et 17 h 00.
- ✓ Une lettre de motivation rédigée en langue française ou anglaise destinée au Fondateur de ZANG'S Academy précisant le cursus académique choisi ainsi que les motifs justifiant ce choix ;
- ✓ Trois photocopies de la Carte Nationale d'Identité de l'apprenant ;
- ✓ Trois photocopies de l'acte de naissance ;
- ✓ Trois photocopies du dernier diplôme ou relevé de note
- ✓ Certificat médical d'aptitude ;
- ✓ Six photos (4X4 Couleur) ;
- ✓ Frais d'étude de dossier (10 000 FCFA – Dix mille francs CFA)

NB : Pour les candidats qui souhaitent étudier à distance, ils devront en plus des pièces ci-dessus, joindre une lettre d'engagement sur l'honneur. Cette lettre est téléchargeable sur le site web de ZANG'S Academy à l'adresse : www.zangsacademy.com

Si vous avez besoin de plus d'informations sur les formalités de demande d'admission, rapprochez-vous du campus ou écrivez au service d'admission à l'adresse : zangsacademy@gmail.com

11 DECLARATION

Je, soussigné (e) Certifie l'exactitude des informations ci-dessus, joint à ce dossier les pièces nécessaires à sa constitution, et demande au jury d'admission d'examiner ma candidature.

Fait à, le

Signature de l'apprenant (e)