**Formulaire d’inscription**

**Prise en charge d’un boursier participant à l’atelier de l’UPAP sur les services financiers numériques – 11 au 13 décembre 2024 à Arusha en Tanzanie**

Prière de désigner un membre du personnel de votre Opérateur Désigné pour participer audit atelier en renvoyant par courrier électronique le présent formulaire dûment renseigné aux personnes indiquées ci-dessous, **le 15 novembre 2024 au plus tard** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| M. Yonna SingogoChargé de la comptabilitéTel : +255 787 079 832E-mail : afo@papu.co.tz  | Mlle Itesi TaguabaSecrétaire bilingueTel: +255 755 209 679E-mail : sc@papu.co.tz  | M. Abdoulaye NIANGChargé de la Transformation Digitale et de l’Inclusion FinancièreTel: +255 696 217 694 E-mail : fid@papu.co.tz  |

**Informations sur le boursier**

|  |
| --- |
| Pays |
| Nom de l’opérateur désigné |
| Nom et prénom du boursier | [ ] Monsieur [ ] Madame |
| Poste occupé/Fonction |
| Adresse |
| Tél. | Fax |
| E-mail |
| Date | Signature du participant |

**Approbation du parrainage/de la bourse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signataire(**DG/Représentant** ) | Lieu et date | Signature du représentant habilité de l'opérateur désigné |
| Qualité du signataire |
| Adresse officielle du signataire |

**NB : Il est demandé au candidat boursier de transmettre une copie de la page biométrique de son passeport et un certificat médical dûment signé par un médecin pour l’émission du billet d’avion.**

**CERTIFICAT MÉDICAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Candidat boursier | Nom | Prénom (s) |
| Date de naissance | Sexe[ ]  Masculin [ ]  Féminin | [ ]  Droitier [ ]  Gaucher |
| Adresse |
| État de santé | [ ]  Satisfaisant [ ]  Non satisfaisant |
| Remarques |
| Capacité de travail | [ ]  Satisfaisante [ ]  Non satisfaisante |
| Remarques |
| Possibilités physique et mentale du candidat de faire des études assidues à l’étranger | [ ]  Satisfaisantes [ ]  Non satisfaisantes |
| Remarques |
| Maladies infectieuses éventuelles (p. ex. tuberculose et/ou trachome) dont le candidat est atteint et pouvant constituer un risque tant pour lui-même que pour d’autres personnes avec lesquelles il sera en rapport durant ses études |  |
| Médecin examinateur | Nom (en caractères d’imprimerie) |
| Adresse complète |
| Lieu et date |
| Signature et cachet |