**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 Singogo  Chargé de la comptabilité  Tel : +255 787 079 832  E-mail : [afo@papu.co.tz](mailto:afo@papu.co.tz) | Mlle Itesi Taguaba  Secrétaire bilingue  Tel: +255 755 209 679  E-mail : [sc@papu.co.tz](mailto:sc@papu.co.tz) | M. Abdoulaye NIANG  Chargé de la Transformation Digitale et de l’Inclusion Financière  Tel: +255 696 217 694  E-mail : [fid@papu.co.tz](mailto: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 | | |