

Bourses afro-canadiennes | Une seule santé

Formulaire de candidature Maîtrise en santé publique – option Une seule santé (2026-2028)

1. IDENTIFICATION

NOM et prénom <i>Tel qu'ils apparaissent sur le passeport</i>			
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin	
Date de naissance <i>(année-mois-jour)</i>			
Courriel			
Téléphone			
Adresse de résidence permanente <i>(no. civique, rue, ville, pays)</i>			
Pays de citoyenneté du candidat ou de la candidate	<input type="checkbox"/> Afrique du Sud	<input type="checkbox"/> Bénin	<input type="checkbox"/> Burkina Faso
	<input type="checkbox"/> Cameroun	<input type="checkbox"/> Congo	<input type="checkbox"/> Côte d'Ivoire
	<input type="checkbox"/> Égypte	<input type="checkbox"/> Gabon	<input type="checkbox"/> Ghana
	<input type="checkbox"/> Guinée-Bissau	<input type="checkbox"/> Haïti	<input type="checkbox"/> Kenya
	<input type="checkbox"/> Madagascar	<input type="checkbox"/> Mali	<input type="checkbox"/> Maroc
	<input type="checkbox"/> Mauritanie	<input type="checkbox"/> Niger	<input type="checkbox"/> République centrafricaine
	<input type="checkbox"/> Rép. démocratique du Congo	<input type="checkbox"/> Rwanda	<input type="checkbox"/> Sao-Tomé et Príncipe
	<input type="checkbox"/> Sénégal	<input type="checkbox"/> Tanzanie	<input type="checkbox"/> Tchad
	<input type="checkbox"/> Togo	<input type="checkbox"/> Tunisie	<input type="checkbox"/> Autre
Niveaux d'études complétés	<input type="checkbox"/> Master, précisez le domaine : <input type="checkbox"/> Licence, précisez le domaine :		
NOM, prénom et courriel d'une personne référente <i>(personne qui sera contactée par l'UdeM pour évaluer la performance du candidat ou de la candidate)</i>			

2. DÉCLARATION

- Je déclare appartenir à un groupe marginalisé (facultatif)
Les personnes faisant partie de groupes marginalisés sont ici définies comme des personnes issues de groupes minoritaires qui font face à des défis continus en matière d'accès à l'enseignement supérieur et qui n'ont pas les mêmes chances/opportunités que les autres. Ces personnes peuvent, selon le contexte de chaque pays, être des femmes, des personnes ayant des besoins spécifiques, y compris des personnes handicapées, économiquement défavorisées, issues de régions éloignées, de certains groupes minoritaires, déplacées à l'intérieur de leur propre pays, etc.
- Si oui, précisez lequel :
- Femme
 - Personne en situation de handicap
 - Personne économique défavorisée
 - Personne issue d'une zone isolée des grands centres urbains
 - Personne issue d'un groupe minoritaire (ethnique, culturel, religieux, linguistique)
 - Autre, précisez :
- Je déclare être affilié, que ce soit à titre d'étudiante ou étudiant, de membre du personnel enseignant ou professoral ou de personnel administratif ou de direction à un établissement d'enseignement supérieur partenaire admissible aux Bourses afro-canadiennes | Une seule santé, ou dans le cadre du processus de recrutement externes, y être affilié à la suite de sa sélection afin de recevoir une bourse du BCDI 2030 (obligatoire)
- Précisez quel établissement :
- Université d'Abomey-Calavi (Bénin)
 - Université Joseph Ki-Zerbo (Burkina Faso)
 - Université Catholique de l'Ouest (Burkina Faso)
 - Institut National de Santé Publique (Burkina Faso)
 - Institut de Recherche en Sciences de la Santé (Burkina Faso)
- Je déclare avoir pour objectif premier de réaliser un séjour d'études au Canada, et de retour dans mon pays d'attache après le séjour au Canada (obligatoire)
- Je déclare ne pas avoir déjà participé à un programme de bourses financé par le gouvernement du Canada et ne pas être déjà inscrit à un programme d'études au sein d'un établissement d'enseignement supérieur canadien (obligatoire)
- Je déclare ne jamais avoir déposé une demande pour obtenir la résidence permanente ou la citoyenneté canadienne (obligatoire)
- J'affirme solennellement que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques et que je n'ai omis aucun fait essentiel (obligatoire)

Signature

Insérez votre signature électronique

Date