



Neuroscience Research Center



Demande d'Inscription en Master/ Master Application Form

Année/year:2020-2021

Informations Personnelles/ personal information	المعلومات الشخصية
Nom/ Last Name: _____	الشهرة : _____
Prénom/ First Name: _____	الإسم : _____
Nom du Père/ Father's name: _____	إسم الأب : _____
Nom de la Mère/ Mother's name: _____	إسم الأم وشهرتها : _____
Sexe/ sex: <input type="checkbox"/> Masculin/ male/ ذكر <input type="checkbox"/> Féminin/ female / أنثى	الجنس : _____
Lieu et Date de naissance/ date of birth : _____ / _____ / _____	مكان وتاريخ الولادة : _____
Nationalité/nationality: _____	الجنسية : _____
Adresse/ address	مكان السكن
Immeuble/ building: _____	البنابة : _____
Rue/ street: _____	الشارع : _____
Région/ region: _____	المنطقة : _____
☎ No de Téléphone / telephone/ هاتف ثابت : _____	☎ No de cellulaire/ cell phone / هاتف خلوي : _____
E-mail : _____ @ _____ . _____	
الضمان الإجتماعي	
هل لديك أي تغذية صحية ؟ <input type="checkbox"/> نعم، اذكر المؤسسة : _____ <input type="checkbox"/> كلا	
مجال العمل	
هل تمارس أي عمل ؟ <input type="checkbox"/> نعم، اذكر المؤسسة : _____ <input type="checkbox"/> كلا	

Baccalauréat/ baccalaureate

Ecole Secondaire/ High School: _____
Spécialisation/ specialization: _____ Année de Graduation/ graduation year : _____
Session : _____ Grade : _____



Neuroscience Research Center



Etude Universitaire/ university studies					
Diplôme(s) (degrees) obtenu (obtained) / Courant (current)	Etablissement/ institution	Region	Date d'attribution /Courant (graduation/ expected date)	Langue/ language	Moyenne/ grade

Dans quel programme désirez-vous vous inscrire? / In which program would you like to enroll ?

Choisir par ordre de préférence / choose by order of preference:

Diplômes / Degrees	Options	Choix / Choices
Master 1 Recherche Master of Research 1	Neuroscience	
	Neuropsychology	
	Neuroimaging	
Master 2 Recherche Master of Research 2	Neuroscience	
	Neuropsychology	
	Neuroimaging	

Je certifi(e) que toutes les informations contenues dans cette demande sont exactes / I certify that all the information provided is correct and valid.

Date : ____/____/____

Signature: _____

المستندات المطلوبة

- طلب الترشيح.
 - رسالة خطية يُظهر فيها المرشح مبررات الإختيار.
 - السيرة الذاتية للمرشح.
 - صور شمسية مصدقة (عدد 2).
 - إخراج قيد إفرادي أصلي (صلاحيته لا تتجاوز 3 أشهر).
 - إفادة مفصلة بعلامات كافة سنوات الشهادة المنجزة.
 - صورة مصدقة عن شهادة البكالوريا اللبنانية أو ما يعادلها.
 - صورة مصدقة عن إفادة الإنهاء.
 - معادلة الشهادات الصادرة من غير الجامعة اللبنانية.
- تقدم الطلبات في قسم شؤون الطلاب - كلية العلوم الطبية- مركز أبحاث علم الأعصاب - الحدث.