



LEBANESE UNIVERSITY
Faculty of Medical Sciences

Medical Research Center



Demande d'Inscription en Master/ Master Application Form Année/Year: 2022-2023

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: _____	البنية: _____
Rue/ Street: _____	الشارع: _____
Région/ Region: _____	المنطقة: _____
☎ N° de Téléphone / Telephone/ هاتف ثابت: _____	☎ N° 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 : _____



LEBANESE UNIVERSITY
Faculty of Medical Sciences
Medical 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

Diplômes / Degrees	Options	Choix / Choices
<i>Master 1 Recherche</i> Master of Research 1	▪ Clinical Investigation	
	▪ Health Administration	
	▪ Medical Ethics & Bioethics	
<i>Master 2 Recherche</i> Master of Research 2	▪ Clinical Investigation	
	▪ Health Administration	
	▪ Medical Ethics & Bioethics	

Je certifi(e) que toutes les informations contenues dans cette demande sont exactes /

I certify that all the information above are correct and valid.

Date: ____ / ____ / ____

Signature: _____

Required documents	المستندات المطلوبة
<ul style="list-style-type: none">Application form.Letter of intent & curriculum vitae.Two authenticated passport sized photos.Official identity card or a copy of a valid passport.Official academic transcript of previous degrees.Authenticated copy of the Lebanese Baccalaureate certificate or its equivalent.Authenticated copy of the university diploma.Equivalence of degrees obtained outside the LU. <p>Applications must be submitted at the faculty of medical sciences, Hadath campus.</p>	<ul style="list-style-type: none">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 - الحدث.