DUREE DE LA FORMATION : 3 ANS

ECOLE SINE SALOUM SANTE (E3S)

Ecole de formation professionnelle en santé

QUARTIER LEONA LOT N°167 DERRIERE INSPECTION DU TRAVAIL A 250 METRES DU

CŒUR DE VILLE DE KAOLACK (SENEGAL)

 Mail : giesinesaloum@gmail.com

www.e3ssante.com

TEL : 77 286 96 11 / 77 553 94 80

/33 941 00 08

CONTRAT D

’ENGAGEMENT



###  Année Scolaire 2025-2026

Je soussigné(e)

Prénom : ……………………………………………………………………………..

Nom : …………………………………………………………………………………

Date et Lieu de naissance : …………………………à : ………………………..

CNI : …………………………………………………………………………………..

Etudiant(e) en :

Licence en Sciences Infirmières

Licence en Sciences Obstétricales

Assistante Infirmière d’Etat

Délégué Médical

Auxiliaire en Pharmacie

Etablissement :……………………………………….. Ville :………………………

1

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple Un But Une Foi

………………………………………………..

Ministère de la Santé de l’Action Sociale.

Direction des Ressources Humaines

……………………………………………………………..

Ecole Sine Saloum Santé

PHOTO

PROMOTION

:

…

…

…

…

…

…

…

E3S/KL

Kaolack, le …………………………

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMET



DATE D’ENTREE A E3S KAOLACK:/……………/……… ……………………………..

PRENOM: ………………………………………………………………………………………..

NOM: ……………………………………………………………………………………………..

 Né (e) le: …………………………………………….à:………………………………………..

NATIONALITE: …………………………………………………………………………………

N°CNI…………………………………………………………………………………………….. ADRESSE PERSONNEL: ………………………………………………………………………

N° TELEPHONE: ………………………………………………………………………………..

 SEXE M F

**SITUATION MATRIMONIALE:**

Célibataire Marié(e) Divorcé (e)

**FILIERES :**

* Sage-Femme d’Etat
* Infirmier (e) d’Etat
* Délégué Médical
* Assistant (e) infirmier (e) d’Etat
* Aide-Soignant (e)
* Auxiliaire en Pharmacie

1

DIPLOMES OBTENUS:

BFEM NIVEAU TROIXIEME NIVEAU TERMINALE

BAC AUTRES DIPLOMES

CYCLE UNIVERSITAIRE

* FACULTE ………………………………………..
* ANNEE D’ETUDE ……………………………………….
* LANGUES PARLEES : …………………………………………………………………

 SITUATION FAMILIALE :

PRENOM ET NOM DU PERE : ……………………………………………………………….

ADRESSE: ………………………………TELEPHONE : ……………………………………

PROFESSION: …………………………………………………………………………………

PRENOM ET NOM DE LA MÈRE : …………………………………………………………..

ADRESSE: …………………………… TELEPHONE: ……………………………………..

PROFESSSION: ………………………………………………………………………………

 ***SIGNATURE DE L’ETUDIANT SIGNATURE DU PARENT***

2

ECOLE SINE SALOUM SANTE (E3S)

Ecole de formation professionnelle en santé

QUARTIER LEONA LOT N°167 DERRIERE INSPECTION DU TRAVAIL A 250 METRES DU

CŒUR DE VILLE DE KAOLACK (SENEGAL)

 Mail : giesinesaloum@gmail.com

www.e3ssante.com

TEL : 77 286 96 11 / 77 553 94 80

/33 941 00 08

LES CHARTES ET REGLEMENTS INTERIEURS D’E3S

* ***SUR LE PLAN DE L’ASSIDUITE***
* A assister à tous les cours et activités organisés dans le cadre de la formation
* A établir si besoin une demande d’autorisation préalablement à toute absence
* A informer l’établissement sans délai par téléphone, de toute absence imprévisible et introduire une demande de régularisation
* Après une absence l’élève devra apporter au surveillant général une preuve justificative de son absence
* Tout élève qui manque un cours ne peut être de nouveau reçu en classe que s’il apporte un billet d’entrée délivré par le surveillant général
* ***SUR LE PLAN PEDAGOGIQUE***
* A m’acquitter des tâches assignées par les enseignements dans le cadre pédagogique : devoirs, contrôles, entretiens, simulation, exposés, projets, stages.
* A mobiliser mes compétences au service des projets d’équipes qui m’impliquent en responsabilité ou en collaboration 000
* A me conformer aux règles de bon usage des locaux et matériels didactiques
* Toute moyenne égale ou inférieure à 10/20 à l’examen ne peut se prévaloir un stage de trois mois (délégation médicale et vendeur en Pharmacie).
* Il est formellement interdit de quitter l’Ecole avant l’heure prévue par l’emploi du temps sans autorisation de l’administration.
* L’accès au stage pour les délègues médicaux dans les laboratoires pharmaceutiques et para pharmaceutiques sera par Ordre de mérite. La durée du stage sera de 3 mois.
* ***SUR LE PLAN DE LA DISCIPLINE***
* A respecter scrupuleusement le règlement intérieur de mon établissement
* A ne pas porter atteinte aux activités d’enseignement et de recherche
* A ne pas troubler l’ordre public et le bon fonctionnement de l’établissement
* A ne pas me rendre coupable de fraude, de tentative de fraude à l’occasion d’une inscription, d’une épreuve de contrôle continu ou d’examen
* L’usage du téléphone portable en salle de classe est formellement interdit
* Le port de la tenue est obligatoire pour tout étudiant du Lundi au Samedi
* ***SUR LE PLAN FINANCIER***
* A payer les frais de scolarité au plus tard le 05 de chaque mois
* A payer les frais d’inscription à l’examen de certification
* Je suis informé (e) que tout manquement au présent règlement intérieur fera l’objet d’un avertissement oral ou écrit, et en cas de récidive, il entrainera une sanction règlementaire appropriée, pouvant aller jusqu’à l’exclusion
* Le paiement se fait au plus tard le 05 de chaque mois passé ce délai l’étudiant n’est plus autorisé à suivre les cours.