

A COMPLÉTER PAR LA PERSONNE RÉFÉRENTE DU/DE LA STAGIAIRE**1. COORDONNÉES DU/DE LA STAGIAIRE :**

NOM CIVIL : PRÉNOM CIVIL :
NOM RELIGIEUX :
DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :
NATIONALITÉ : PASSEPORT N°: DATE DE VALIDITÉ :/...../.....
PRÊTRE RELIGIEUX RELIGIEUSE LAÏC/LAÏQUE SÉMINARISTE POSTULANT(E)
ADRESSE :
CODE POSTAL : LOCALITÉ : PAYS :
TÉLÉPHONE : E-MAIL :

2. COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE DU/DE LA STAGIAIRE :

NOM CIVIL : PRÉNOM CIVIL :
NOM RELIGIEUX :
NOM DE L'INSTITUT RELIGIEUX :
FONCTION DANS L'INSTITUTION :
ADRESSE :
CODE POSTAL : LOCALITÉ : PAYS :
TÉLÉPHONE : E-MAIL :

3. DONNÉES DE L'INSCRIPTION :

NOUS INSCRIVONS LE/LA STAGIAIRE À LA/AUX SESSION(S) N°..... EN PRÉSENTIEL À DISTANCE
QUI DÉBUTE(NT) LE :/...../20.....

4. NOTE DE FRAIS :

A QUI DEVONS-NOUS ADRESSER LA NOTE DE FRAIS ?

- A LA PERSONNE RÉFÉRENTE
 AUTRE (NOM & ADRESSE)

5. VISA :

SI LE/LA STAGIAIRE A BESOIN D'UN VISA, AVEZ-VOUS BESOIN D'UNE LETTRE D'INVITATION DE NOTRE PART ?

NON OUI SI OUI, VEUILLEZ COMPLÉTER LE FORMULAIRE 3 – « VISA ».

CONDITIONS DE PAIEMENT :

- versement d'un acompte de 300 EUR non remboursable, après validation de l'inscription
- versement du solde de chaque session au plus tard 20 jours avant son début
- toute session commencée est due en entier
- les paiements sont effectués en Euros par virement bancaire international ou par chèques français.

6. DROIT À L'IMAGE :

COCHEZ SI LE OU LA STAGIAIRE REFUSE QUE MISSION-LANGUES, PUBLIE ET DIFFUSE, À TITRE GRATUIT, DES PHOTOS PRISES DE SA PERSONNE POUR ÊTRE EXPLOITÉES, EN TOUT OU PARTIE, SUR TOUT SUPPORT, POUR LE MONDE ENTIER ET SANS LIMITE DE DURÉE DANS LE CADRE D'UNE UTILISATION COMMERCIALE, PUBLICITAIRE OU CULTURELLE.

La personne référente du stage déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription et les accepter.

Signature de la personne référente

Fait à, le

6 rue Ambroise Paré - 49100 ANGERS
FRANCE - contact@missionlangues.fr

1. COORDONNÉES DU/DE LA STAGIAIRE :

NOM CIVIL : PRÉNOM CIVIL :
NOM RELIGIEUX :
DATE DE NAISSANCE : NATIONALITÉ :
NATIONALITÉ : PASSEPORT N°: DATE DE VALIDITÉ :/...../.....
PRÊTRE RELIGIEUX RELIGIEUSE LAÏC/LAÏQUE SÉMINARISTE POSTULANT(E)
NOM DE L'INSTITUT RELIGIEUX :
TÉLÉPHONE : E-MAIL :
MATÉRIEL DISPONIBLE : SMARTPHONE ANDROID SMARTPHONE APPLE TABLET PC AUTRE

SI VOUS AVEZ UN ORDINATEUR PC, MERCI DE L'APPORTER AVEC VOUS.

2. INFORMATIONS UTILES :

LANGUE MATERNELLE : AUTRE(S) LANGUE(S) PARLÉES :
PRINCIPALES ÉTUDES RÉALISÉES :
PRINCIPALE ACTIVITÉ PRÉCÉDENTE :
OCCUPATION ACTUELLE :
AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTUDIÉ LE FRANÇAIS ? OUI NON
SI OUI, QUAND ? OÙ ?
PENDANT COMBIEN DE TEMPS ? (A RAISON DE HEURES/SEMAINE OUHEURES/MOIS)
COMMENT ÉVALUEZ-VOUS VOTRE CONNAISSANCE DU FRANÇAIS ?
ÉCRIT : NULLE FAIBLE BONNE TRÈS BONNE
ORAL : NULLE FAIBLE BONNE TRÈS BONNE

3. PROJET POUR LEQUEL L'ÉTUDE DU FRANÇAIS EST NÉCESSAIRE :

MISSION « AD GENTES » PROJET PASTORAL ETUDES/FORMATION
RESPONSABILITÉS AU SEIN DE VOTRE INSTITUTION AUTRES
DESCRIPTION PRÉCISE DU PROJET :

.....
.....
.....
.....

4. POUR NOUS PERMETTRE DE FAIRE UNE PREMIÈRE ÉVALUATION :

MERCI DE RACONTER EN FRANÇAIS UN SOUVENIR DE VACANCES OU UN SOUVENIR D'ENFANCE, EN DIX LIGNES ENVIRON
ET SANS AIDE (PAS DE DICTIONNAIRE, PAS DE GRAMMAIRE, PAS D'AIDE EXTÉRIEURE !) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A compléter seulement si le/la stagiaire a besoin d'une lettre d'invitation de notre part pour introduire une demande de Visa auprès du Consulat de France.

Nous vous remercions également de joindre une **photocopie de la page d'identité du passeport** du/de la stagiaire.

1. COORDONNÉES DU/DE LA STAGIAIRE :

NOM CIVIL : PRÉNOM CIVIL :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : NATIONALITÉ :

PASSEPORT N° : DÉLIVRÉ LE :/...../..... À :

PASSEPORT VALIDE JUSQU'AU :/...../.....

PRÊTRE RELIGIEUX RELIGIEUSE LAÏC/LAÏQUE SÉMINARISTE POSTULANT(E) POUR LES INSTITUTS RELIGIEUX : DATE DES PREMIERS VŒUX :/...../..... DATE DES VŒUX PERPÉTUELS :/...../..... NOVICE POSTULANT(E)POUR LES DIOCÈSES : DATE D'ORDINATION :/...../..... DATE D'INCARDINATION :/...../..... ÉVÊQUE PRÊTRE SÉMINARISTE

AUTRE (PRÉCISER) :

2. COUVERTURE MÉDICALE OBLIGATOIRE :

NOM DE LA CAISSE D'ASSURANCE QUI COUVRE LE/LA STAGIAIRE PENDANT LES 3 PREMIERS MOIS EN FRANCE :

 E.M.I (ENTRAIDE MISSIONNAIRE INTERNATIONALE) CAVIMAC (CAISSE DES CULTES) AUTRE (À PRÉCISER) :

PÉRIODE COUVERTE : DU :/...../..... AU/...../.....

3. DATE PRÉVUE DE L'ARRIVÉE EN FRANCE :/...../.....**4. COORDONNÉES DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE DU/DE LA STAGIAIRE :**

NOM CIVIL : PRÉNOM CIVIL :

NOM EN RELIGION :

NOM DE L'INSTITUTION :

FONCTION DANS L'INSTITUTION :

ADRESSE :

CODE POSTAL : LOCALITÉ : PAYS :

TÉLÉPHONE : E-MAIL :

La personne référente certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

Fait à, le/...../.....

Cachet de l'institution

Signature de la personne référente