



Agence Israélienne de Coopération au Développement International
Ministère des Affaires étrangères
Jerusalem

Cher(e) candidat (e),

Nous vous remercions d'avoir postulé à un programme de formation professionnelle en Israël. Afin de nous permettre de considérer votre candidature, veuillez bien remplir le formulaire ci-joint et le retourner au représentant diplomatique d'Israël le plus proche (ambassade ou autre).

Veuillez vous assurer d'avoir livré en détail toutes les informations requises, et saisissez vos réponses sur ordinateur. Ainsi, nous pourrions plus aisément examiner votre candidature et vous donner une réponse dans les délais les plus brefs possible.

Notez que seuls les candidats admis seront prévenus par le représentant d'Israël dans votre pays.

Merci pour votre coopération.

IMPORTANT :

Ce formulaire doit être **REPLI DANS LA LANGUE DU PROGRAMME**, et accompagné des documents suivants :

- Une attestation de bonne santé, exhaustive et conforme (ci-joint);
- Un certificat attestant votre connaissance de la langue du cours (pour le cas où cette dernière ne serait pas la langue officielle de votre pays) ;
- La photocopie de votre diplôme universitaire traduit dans la langue du programme ;
- Une photo de passeport;
- Deux lettres de recommandation en provenance de votre employeur actuel ou des organismes auxquels il est affilié ;

Ces formulaires doivent parvenir au représentant de l'Etat d'Israël le plus proche de votre domicile dix semaines au moins avant le début du cours.

POUR USAGE INTERNE

שגרירות/ נציגות ישראל במדינת _____ תאריך קבלת השאלון _____

ראיינתי את המועמד/ת שם פרטי _____ שם משפחה _____ אישית/טלפוני _____

הערכת המועמד/ת והתאמה לקורס: _____

חותמת השגרירות

חתימה

תפקיד

שם

- נא לשלוח עותק קשיח אחד למש"ב ובמקביל לשלוח עותק במייל לשלוחה הרלוונטית. עותק קשיח נוסף יישאר בנציגות.
- שאלונים שלא ימולאו במלואם כולל חלק זה בעברית לא יטופלו.

1. Informations personnelles**1. Générales**

Nom du cours de formation _____

Nom de l'institut de formation en Israël _____

Dates : _____ Langue du cours _____

**Photo
Passeport**

Dispositions financières :

Votre billet d'avion sera financé par _____

Le coût du stage et de l'hébergement sera financé par _____

2. Données personnelles

Nom _____ Prénoms _____

Pays _____ Nationalité _____

Religion _____ Numéro de passeport _____

Date de naissance _____ Sexe : Masculin / Féminin

Adresse de votre domicile: _____

Téléphone (indicatif du pays _____) (code de la région _____) Numéro _____

Tél. mobile (indicatif du pays _____) (code de la région _____) Numéro _____

Fax _____ e-mail _____

3. Enseignement

	Institut	Location	Année	Spécialité	Diplôme
Enseignement supérieur					
Diplôme : Licence					
Maîtrise					
Doctorat					

4. Autres études /cours/séminaires suivis sur des thèmes proches de celui du cours pendant les 10 dernières années

Thème	Pays	Proposé par	Durée des études	Année

5. Etudes précédentes en Israël

Thème du cours	Année	Institut de formation

Nom du candidat _____

5. Etudes précédentes en Israël**6. Compétence en informatique**

Non _____ Oui _____

Si oui, veuillez spécifier (Word, Excel, etc.) _____

7. Connaissance de langues étrangères

Langue maternelle _____

Langue du cours	Lecture			Langue orale			Ecriture		
	Correct	Bon	Très bon	Correct	Bon	Très bon	Correct	Bon	Très bon

8. Expérience professionnelle

Nom complet de l'institution _____

Type d'institution : administration publique, ONG, entreprise privée, autre _____

Adresse _____

Téléphone _____ Fax _____ e-mail _____

Poste actuelle et description de vos responsabilités _____

9. Employeurs précédents

Nom de l'organisation	Dates du - au	Poste occupé

Nom du candidat _____

10. Références : Veuillez citer deux personnes pouvant attester vos compétences professionnelles

Référence 1

Nom	Poste
Numéro de téléphone Indicatif du pays code régional numéro	Numéro de tél. mobile Indicatif du pays code régional numéro
Fax Indicatif du pays code régional numéro	Adresse e-mail

Référence 2

Nom	Poste
Numéro de téléphone Indicatif du pays code régional numéro	Numéro de tél. mobile Indicatif du pays code régional numéro
Fax Indicatif du pays code régional numéro	Adresse e-mail

DÉCLARATION

NOM DU COURS _____ Date _____

Je, soussigné(e) M., Mme, Mlle _____ originaire de (pays) _____
soumet ma candidature en vue d'études ou de formation en Israël conformément aux conditions
figurant ci-dessus, et déclare :

- (A) JE COMPRENDS qu'il entre dans l'intention du gouvernement israélien de me permettre, dans la mesure où je serai jugé admissible, de prendre part à un cycle d'études et/ou de formation en Israël, dans le cadre de la coopération entre l'Etat d'Israël et mon pays.
- (B) JE SUIS PARFAITEMENT CONSCIENT(E) que cette occasion qui m'est donnée a été conçue au profit du développement de mon pays. Il s'ensuit que je m'engage à participer à tous les cours du programme et à me plier à tous les règlements établis par l'institution professionnelle accueillant le cours de formation.
- (C) JE COMPRENDS CLAIREMENT que l'objectif de ma visite en Israël est d'acquérir des connaissances et/ou de l'expérience professionnelle. Il s'ensuit que je m'engage à m'abstenir de toute activité politique et/ou de tout emploi rémunéré durant mon séjour en Israël.
- (D) JE SUIS PARFAITEMENT CONSCIENT(E) que mon séjour en Israël sera interrompu dans le cas où je manquerais à mes engagements et/ou je commettrais un délit civil ou criminel, et/ou j'enfreindra les règlements de l'école ou de l'institut où je mènerai mes études/ma formation.
- (E) JE M'ENGAGE à retourner dans mon pays dès la fin de mes études, comme stipulé par l'Etat d'Israël et par les superviseurs de mon cours de formation.
- (F) J'ASSUME que l'Etat d'Israël ne peut en aucun cas être tenu responsable des besoins matériels de ma famille durant mon séjour en Israël, ni de mon emploi à mon retour dans mon pays.
- (G) JE SUIS PARFAITEMENT CONSCIENT(E) que la responsabilité juridique, financière et morale de l'Etat d'Israël prend fin dès la fin de mon cours de formation.
- (H) JE SUIS – pour autant que je le sache – en parfaite santé physique et mentale, et n'ai besoin d'aucun traitement ou suivi médical.
- (I) JE M'ENGAGE à me soumettre à un examen médical supplémentaire avant ou pendant mes études dans le cas où cet examen serait exigé par l'Etat d'Israël.
- (J) JE SUIS PARFAITEMENT CONSCIENT(E) que l'institut n'assume aucune responsabilité en ce qui concerne l'éventuelle perte de mon argent, de mes biens, de mes documents, etc.
- (K) (RÉSERVÉ AUX FEMMES) JE NE SUIS PAS – pour autant que je le sache – enceinte et, en cas de grossesse, je sais que je risque d'être renvoyée dans mes foyers.
- (L) JE SUIS CONSCIENT(E) que les organisateurs n'assument aucune responsabilité en matière de traitement d'une maladie chronique, de soins dentaires ou de lunettes de vue durant mon séjour en Israël.
- (M) JE SAIS ÉGALEMENT que mes effets personnels ne seront pas assurés par les organisateurs durant mon séjour en Israël.
- (N) JE DÉCLARE PAR LA PRÉSENTE que toute l'information et tous les documents fournis sont exacts et fiables.
- (O) JE SUIS PARFAITEMENT CONSCIENT(E) que l'obtention du nom et du lieu de l'institut israélien qui assurera ma formation, l'adresse de ce dernier et les moyens de s'y rendre relèvent de ma responsabilité.

- (P) JE COMPRENDS que toutes les dispositions d'ordre financier ont été finalisées avec le représentant de l'Etat d'Israël avant mon arrivée en Israël.
- (Q) JE COMPRENDS PARFAITEMENT que, sauf indication contraire, la police d'assurance contractée par l'institut israélien ne me couvrira que durant la période du cours/du programme et uniquement en territoire israélien.

Je certifie mon assentiment plein et entier aux conditions ci-dessus.

Nom et prénom du candidat _____

Signature du candidat _____

Date _____ **Lieu** _____

Veillez rédiger un court paragraphe décrivant ce que vous attendez de ce programme de formation, y compris ses répercussions directes dans votre domaine professionnel, ainsi que vos plans futurs après la fin de ce programme.

Veillez rédiger une courte autobiographie décrivant vos antécédents

Déclaration d'état de santé

Ce questionnaire s'adresse de manière égale aux femmes et aux hommes.

Veuillez le remplir de la façon la plus complète et avec la plus grande exactitude.

Prénom : Nom :

No de passeport : Date de naissance :

Veuillez répondre aux questions suivantes en cochant la case correspondant à votre choix.

A	Déclaration de santé	Oui	Non
	Avez-vous fait l'objet d'une consultation médicale et/ou d'exams médicaux encore en cours et n'ayant pas encore donné lieu à l'établissement d'un diagnostic final , impliquant une des procédures suivantes : introduction d'un cathéter, scanner, échographie cardiaque, IRM, CT-scan, échographie (sauf examen médical prénatal de routine), biopsie, recherche de sang occulte, coloscopie, gastroscopie, examens de sang, analyses d'urine?		
	Avez-vous fait l'objet du diagnostic d'une maladie, affection ou problème lié à une ou plus des possibilités suivantes :		
	Système nerveux (neurologie) et cerveau : système nerveux, AVC (accident vasculaire cérébral), sclérose en plaques, dystrophie musculaire		
	Insuffisance rénale		
	Système respiratoire : BPCO (Broncho-pneumopathie chronique obstructive), mucoviscidose		
	Maladie maligne ou tumeur (cancer)		
	Maladie auto-immune : Lupus		
	Maladie cardiaque		
	Maladie sexuellement transmissible (incluant SIDA et/ou porteur VIH)		
	Maladies infectieuses:		
	Tuberculose <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Virus Hépatite B <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Virus Hépatite C <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
	Avez-vous fait l'objet du diagnostic d'une maladie mentale		
	Uniquement pour les femmes – Etes-vous enceinte		
	Signature du candidat :		Date :

B Déclaration du candidat à l'assurance

1. Les informations contenues dans ce document sont essentielles pour établir les polices d'assurance et pour toutes questions relatives aux polices et à leur gestion. La Société et d'autres sociétés du Groupe Harel (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. et ses filiales) et/ou tout représentant de ces dernières pourront en faire usage, y compris traitement des données, enregistrement et utilisation pour toute question relative aux polices d'assurance et autres besoins légitimes, incluant la mise à disposition d'informations à des tierces parties agissant pour le compte et au nom du Groupe Harel.
2. Je (nous) certifie (certifions) que toutes les informations sont exactes et exhaustives et ont été fournies de plein gré.
3. Les informations fournies dans la Déclaration d'état de santé et tout autre renseignement pourvu à la société, ainsi que les conditions approuvées par la société à ce sujet seront considérées comme conditions fondamentales du contrat d'assurance entre vous et la société et pourront ainsi en constituer une partie intégrale.
4. La société est en droit d'accepter ou de rejeter votre demande. Pour votre information, le contrat d'assurance n'entrera en vigueur qu'après émission d'une confirmation écrite d'accord pour assurance de tous les candidats par la société.
5. **Renoncement au secret médical** : Je, soussignée, autorise par la présente la caisse d'assurance maladie (Koupat Holim) et/ou ses dispensaires médicaux et/ou tous médecins et psychiatres, instituts médicaux et hôpitaux, et/ou toute société d'assurance et/ou tout organisme et autre partie, dans la mesure du nécessaire pour examiner les droits et obligations conformément à la police d'assurance et/ou dans le but de permettre la procédure de vérification de mon accord à la demande d'assurance, à transmettre à Harel toutes les informations et renseignements connus par la société, sans exception, dans la forme requise par le/s demandeur/s, concernant mon état de santé, incluant toute maladie dont j'ai pu souffrir dans le passé et/ou dont je pourrais souffrir dans le futur, et je vous dispense de l'obligation de conserver le secret médical et renonce au secret médical en faveur du "demandeur". Cette renonciation engage mes/nos biens et mes représentants légaux et toute personne me remplaçant.

Signature du candidat : Date :