الجمهورية التونسية
وزارة التعليم العالي
والبحث العلمي والتكنولوجيا

_***_
الإدارة العامة للشؤون الطالبية

تصـــــريـح على الشرف

رقم بطاقة التعريف الوطنية : /__/__/__/__/__/__/__/__/ الصادرة في ..... بتاريخ .....
الاسم : ..... اللقب : .....
تاريخ الولادة : ..... مكانها : .....
الجنس[1]: ذكر ☐ أنثى ☐ الجنسية: .....

المعهد الأصلي : ..... رقم الباكالوريا : /__/__/__/__/__/__/__/ نوعها : .....
إني الممضي أسفله والمذكور أعلاه أصرح على شرفي بأنني :

1) أعلم بأنه يتم الإعلان عن نتائج القبول المبدئي للمترشحين للأقسام التحضيرية بتونس وفرنسا والجامعات الألمانية يوم الجمعة 03 جويلية 2009 على الساعة الثانية عشر وذلك عبر الأنترنات على الموقع (www.orientation.tn).
2) أعلم بأنه يتعين على الطلبة الذين لم يرتقوا إلى السنة الثانية بالأقسام التحضيرية بتونس وفرنسا والجامعات الألمانية أن يتقدموا بمطالب في إعادة التوجيه تتضمن أربعة اختيارات مختلفة وبأن الحصول على شعبة الطب لا يتم بصورة آلية.
3) اطلعت على قائمة المعاهد الفرنسية المذكورة بالإرشادات العامة التي يتمتع الناجحون في المناظرات الخاصة بها بالمنحة الحكومية.
4) **اطلعت على المنشور نسخة من المنشور عـ08/46ـدد الصادر بتاريخ 02 جوان 2008 والمتعلق باجراءات تحمل مصاريف مناظرات الدخول لمدارس الهندسة بفرنسا وكيفية التمتع بالمنحة الجامعية وألتزم بجميع ما جاء فيه من شروط ومقتضيات.**

وأشهد بصحة الأجوبة عن الأسئلة التالية:

ـ هل أصبت بمرض نفسي أو عصبي ؟ [1] نعم ☐ لا ☐
إن كانت الإجابة بنعم أذكر نوع المرض : ..... ومدة العلاج : .....
ـ هل أقمت بالمستشفى نتيجة لهذه الأمراض ؟ [1] ☐ لا ☐
إن كانت الإجابة بنعم أذكر مدة الإقامة : .....
ـ هل أصبت بأحد الأمراض التالية : [2]

☐ امراض تنفسية	☐ أمراض العظام
☐ أمراض القلب	☐ مرض السكري
☐ أمراض جهاز الهضم	☐ ارتفاع ضغط الشرايين
☐ أمراض الجلد والحساسية	☐ أمراض أخرى (يرجى تحديدها)

إن كانت الإجابة بنعم، أذكر تاريخ الإصابة بالمرض ومخلفاته على صحتك : .....

حرر بـ ..... بتاريخ .....
الإمضاء
(معرف به بالبلدية)

***هـام :**
ينجر عن كل تصريح غير صحيح أو غير كامل إلغاء المنحة، كما يجدر التنبيه إلى أن صناديق التأمين على المرض لا تعوض مصاريف العلاج الخاصة بالأمراض السابقة لتاريخ مغادرة البلاد التونسية.

(1) وضع علامة (X) في الخانة المناسبة
(2) يرجى تحديد الجواب بنعم أو بلا حسب نوع المرض.