



ALPHA HIGHER INSTITUTE DOUALA

Création N°: 11/0037/MINESUP du 12/01/2011 Ouverture: 11/0013/MINESUP du 27/06/2011

BILINGUAL TRAINING CENTER

NOUVEAU ISES DEIDO, DOUALA

PO BOX: 4906 Douala

Tel: (+237) 3311-52-24 / 7552-05-27 / 99 51 43 61 / 7751-45-38

Email: alphahi09@yahoo.com

Application for Admission / Fiche de demande d'Admission

1. Please print boldly using caps (*à remplir en gras et majuscule*)
2. Enclose one set of supporting document with its application (certified by an authority e.g. school, university or AHID representative) (*Attache un dossier le plus élevé a cette fiche d'admission certifier pas une autorité tel que l'école, université ou une représentant d'AHID*)
3. Send this application through AHID postal address: PO Box 4906 Douala-Cameroon. (*Envoyé cette fiche pas notre boiet postale 4906 Douala-Cameroun*)

Starting Date / Date de début:

Academic year in which you wish to begin your course

L'Année académique que tu veux commencer tes cours

PERSONAL DETAILS / DÉTAILS PERSONNELLE

Surname (<i>Noms</i>):	Given Names / <i>Prénoms</i> :
ID # / Passport # / # CNI / # Passeport:	Sex : Female / <i>Féminin</i> <input type="checkbox"/> Male / <i>Masculin</i> <input type="checkbox"/>
Date of birth / <i>Date de Naissance</i> :	Guardian Name / <i>Noms de Sponsor</i> :
Nationality / <i>Nationalité</i> :	Country of birth/ <i>Lieu de naissance</i> :

ADDRESS DETAILS / ADDRESS

Postal / <i>Postale</i> :	Home / <i>Domicile</i> :
Post code / <i>code postale</i>	Post code / <i>code postale</i>
Country / <i>Pays</i> :	Country / <i>Pays</i>
Tel: Home / Fixed ()	Cellphone / <i>Mobile</i> :
Fax: Home / Fixed ()	Tel for emergencies / <i>Mobile en cas d'urgence</i> :
Email address / <i>address email</i> :	

PROGRAMME PREFERENCES / PREFERENCE DE PROGRAMME

(Tick the correct box / crocher la preference)

Programme applying for / <i>programme de demande</i>			
1. Professional Bachelors of Science Degree / <i>License professionnelle</i>			
a. General Nursing	<input type="checkbox"/>	<i>Soin Infirmier</i>	<input type="checkbox"/>
b. Medical Laboratory Science	<input type="checkbox"/>	<i>Technique de Laboratoire Médical</i>	<input type="checkbox"/>
c. Accountancy	<input type="checkbox"/>		
d. Banking and Finance	<input type="checkbox"/>		
e. Management	<input type="checkbox"/>		
f. Marketing	<input type="checkbox"/>		
2. Higher National Diploma (HND) / <i>Diplome Superieur des Etudes Professionnelle</i>			
a. General Nursing	<input type="checkbox"/>	<i>Soin Infirmier</i>	<input type="checkbox"/>
b. Medical Laboratory Science	<input type="checkbox"/>	<i>Technique de Laboratoire Medical</i>	<input type="checkbox"/>
c. Accountancy	<input type="checkbox"/>		
d. Banking and Finance	<input type="checkbox"/>		
e. Management	<input type="checkbox"/>		
f. Marketing	<input type="checkbox"/>		
3. Ordinary National Diploma (OND) / <i>Brevet Professionnelle</i>			
a. Assistant Nurse (Auxiliary Nursing)	<input type="checkbox"/>	<i>Aide Soignant (Auxiliere en Medecine)</i>	<input type="checkbox"/>
b. Assistant Biochemist	<input type="checkbox"/>	<i>Aide Chimiste Biologiste</i>	<input type="checkbox"/>

QUALIFICATION & ACADEMIC RECORDS / QUALIFICATION ET CURSUS ACADEMIQUE

Please provide details and documentation of recent secondary and recent post secondary results, either completed or pending. (Donner les informations sur l'un des diplôme académique secondaire et supérieur le plus élevé)

Name of qualification / <i>Qualification</i>	School / <i>Ecole</i>	Country / <i>Pays</i>	Year completed / <i>Année Complété</i>

LANGUAGE PROFICIENCY / MAITRISE DE LANGUE

In which language do you wish to study? Dans quel langue souhait tu étudier?

DECLARATION & SIGNATURE

I declare that the information provided by me is true and complete in every particular (Je déclare que toute information aux dessous fournir pas moi est vrai et complète)

I acknowledge that AHID reserves the right to seek information from relevant bodies as to the standing of my claimed qualifications and to vary or reverse decision regarding admission made on the basis of incorrect or incomplete information. (Je reconnais qu'AHID a le droit de chercher les informations me concernant aux autorités et peut change leur décision vis-à-vis de mon admission dans leur établissement.)

Signature: _____ Date: _____

OFFICE USE ONLY / A NE PAS REMPLIR

Date Received: _____ Selection Decision: _____

Application checked and captured:

Administrator N° 1

Decision: _____

Sign: _____

Date: _____

Captured by: _____

Letter date: _____

Note: _____

Administrator N° 2

Decision: _____

Sign: _____

Date: _____

Captured by: _____

Letter date: _____

Note: _____

Note: _____
