

**Wallonie - Bruxelles  
International.be**

## **APPEL A CANDIDATURES**

### **BOURSE D'ETE IN**

**Contact**

Rime MOURATDA

Wallonie-Bruxelles International

Service des Bourses d'études

2, Place Saintelette – 1080 BRUXELLES

Tél : 02/421 83.31 –Adresse électronique :: [Bourses.INETE2019@wbi.be](mailto:Bourses.INETE2019@wbi.be).

Rime MOURTADA  
Wallonie-Bruxelles International  
Service des Bourses d'études  
2, Place Saintelette – 1080 BRUXELLES  
Tél : 02/421 83.31 –  
Adresse électronique : [Bourses.INETE2019@wbi.be](mailto:Bourses.INETE2019@wbi.be).

Rime MOURTADA  
Wallonie-Bruxelles International  
Service des Bourses d'études  
2, Place Saintelette – 1080 BRUXELLES  
Tél : 02/421 83.31 –  
Adresse électronique : [Bourses.INETE2019@wbi.be](mailto:Bourses.INETE2019@wbi.be).

**I. DEMANDE DE BOURSE**

**I.APPLICATION FOR A FELLOWSHIP**

Ces formules doivent être dactylographiées ou remplies en lettres <b>MAJUSCULES</b>  <i>The forms must be typed or filled in block <b>CAPITALS</b></i>	Cours de langue et culture françaises (*) <i>French language and culture course (*)</i>	Fixer ici une photographie récente  <i>Please attach a recent photograph here</i>
	Cours de didactique du français langue étrangère (*) <i>French as a foreign language (*)</i>	
	Cours de français de spécialité en relations internationales (*) <i>Specialised French course : international relations (*)</i>	
Autre (*) <i>Other (*)</i>	(*)Biffer les mentions inutiles (*)Cross out where inaplicable	
	Période souhaitée pour le début des cours <i>Preferred period for starting course</i>	
	Institution d'accueil <i>Host institution</i>	

**II.RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

**II.PERSONAL DATA**

Nom-Family name :				Nationalité :	
Prénoms-Given names :				Nationality :	
Lieu et date de naissance : <i>Place and date of birth :</i>					
Célibataire <i>Single</i> <input type="checkbox"/>	Marié(e) <i>Married</i> <input type="checkbox"/>	Veuf(ve) <i>Widowed</i> <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <i>Divorced</i> <input type="checkbox"/>	Nombre d'enfants <i>Number of children</i> <input type="checkbox"/>	
Domicile permanent (en lettres <b>majuscules</b> ) <i>Permanent addres (in block <b>capitals</b>)</i>			N° de tél: <i>Phone:</i>		
Fonctions actuelles: exercées depuis: <i>Functions held at present: date at which you started to exercise these functions:</i>			Adresse électronique ( <b>obligatoire</b> ) : <i>E-mail address (<b>obligatory</b>):</i>		
			Télécopieur : <i>Fax :</i>		

Personnes à prévenir en cas d'urgence (nom et adresse complète) :  
*Person to be notified in case of emergency (name and full adress) :*

### III.ETUDES

### III. EDUCATION RECEIVED

Etudes <i>Studies</i>	Nom de l'établissement <i>Name of the institution</i>	Lieu <i>Place</i>	Durée <i>de from</i>	Duration <i>à till</i>	Diplômes obtenus <i>Diplomas</i>	Mentions obtenues  <i>Distinctions obtained</i>
Etudes supérieures ou universitaires <i>Higher or University education</i>						
Autres (y compris certificat de connaissances linguistiques) <i>Other training (including certificates of linguistic knowledge)</i>						

#### IV. CONNAISSANCES LINGUISTIQUES

#### ***IV. LANGUAGE SKILLS***

[illegible]

**V.MOTIVATION****V.MOTIVATION**

- Quelles sont les motivations qui vous ont amené(e) à solliciter ce stage ?
- *What brings you to apply for this language training?*

- Quelles en sont les retombées espérées?
- *What do you expect from it ?*

**VI.REFERENCES****V.REFERENCES**

Visa de l'institution universitaire du pays d'origine ou de l'institution où travaille le candidat (obligatoire)  
*Certificate from the university in the country of origin or from the institution where the applicant is working (obligatory)*

Pour les candidat(e)s qui sont citoyen(ne)s de l'Union européenne :

- J'ai pris acte de ce que les soins de santé sont couverts par mon organisme de sécurité sociale dans le cadre de la réglementation européenne.
- Je serai muni(e) d'une carte européenne d'assurance-maladie (CEAM)

For the applicants who are European Union Citizens :

- I note that health care shall be covered by my social security organisation pursuant to European regulation.
- I shall be equipped with the European health insurance card

Je soussigné

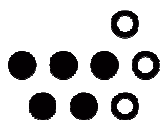
I the undersigned

Déclare sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont sincères et complets

State on my honour that the above information is complete and true

Date et signature

Date and signature



## Wallonie - Bruxelles International.be

### FICHE ALUMNI IN WBI

#### A COMPLETER PAR LE BOURSIER

☐ Madame    ☐ Monsieur

Prénom	
NOM	
Pays d'origine	
E-Mail	
Signature	
<p>Le boursier s'engage à tenir WBI informé de l'évolution de sa carrière et accepte de faire partie de la base de données « ALUMNI » établie par WBI. Il l'autorise par ailleurs à utiliser ses coordonnées en vue de maintenir le contact et à des fins de promotion de programmes gérés par WBI ou ses partenaires.</p>	

#### A COMPLETER PAR WBI

Type de bourse	
Domaine	
Niveau d'études	
Période	
Institution d'origine	
Institution d'accueil	

N° identifiant :