

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EQUIVALENCE

Ref :

IDENTIFICATION

Nom(s) et prénom(s) * :

Date de naissance * : Lieu de naissance * :
(ville - Pays)

Adresse : Pays :

Téléphone * : E-mail :

DIPLOME A EVALUER

Diplôme à évaluer * :

Institution ayant * :
délivré le diplôme

Session * : Date de délivrance * :

Adresse * : Pays * :

Code postal : Ville :

B.P : E-mail :

Téléphone : Fax :

CENTRE ECRIT POUR LES EXAMENS ETRANGERS PRESENTES AU CAMEROUN

Adresse * :

B.P : E-mail :

Téléphone * : Fax :

DIPLOME(S) ANTERIEUR(S)

N°	Année d'obtention	Diplôme	Pays
01	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
02	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

LISTE DES PIECES JOINTES (Veuillez vérifier que chacun des éléments suivants figure dans votre dossier)

<input checked="" type="checkbox"/>	Formulaire de demande d'équivalence*	Certificat d'individualité s'il y a lieu
<input type="checkbox"/>	Copie certifiée de l'acte de naissance*	Copie de la thèse ou du mémoire (pour le doctorat et le master)
<input type="checkbox"/>	03 photocopies du diplôme présenté*	Curriculum studiorum détaillé et signé*
<input type="checkbox"/>	Photocopie certifiée conforme du diplôme à évaluer*	02 formulaires d'autorisation de l'usager en vue solliciter des informations le concernant auprès de l'établissement ayant délivré le diplôme*
<input type="checkbox"/>	Photocopie certifiée conforme des diplômes antérieurs au diplôme à évaluer + 03 photocopies de chaque diplôme*	Un CD contenant tous les éléments du dossier sous format numérique (1 fichier par pièce)*
<input type="checkbox"/>	Preuve de séjour dans le pays où le diplôme a été obtenu pendant la formation (carte de séjour, ...)*	Une enveloppe au format A4 portant le nom et l'adresse du demandeur*

* = Champ obligatoire

NB : Les dossiers incomplets ou contenant un CD vierge seront systématiquement rejetés.

AUTORISATION DE RECHERCHE D'INFORMATIONS

Je soussigné, Mme/Mlle/Mr _____

Né(e) le _____ à _____

N°CNI _____ du _____

Résidence actuelle _____

Tel _____

E-mail _____

Titulaire du/des diplôme(s) suivant(s) :

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

Donne autorisation à Monsieur le Ministre de l'Enseignement Supérieur d'Entreprendre toutes les recherches qu'il juge nécessaires en vue de l'authentification du/des diplôme(s) ci-dessus.

NOM(S) & PRENOM(S) _____

SIGNATURE _____

AUTHORISATION TO INVESTIGATE

I, undersigned Mrs/Miss/Mr _____

Born on _____ at _____

N° of INC _____ issued on _____

Tel. _____

E-mail _____

Holder of the following Certificate(s) /Diploma(s).

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Authorizes the Minister of Higher Education to make all the enquiries that may consider necessary for the authentication of the above mentioned certificate(s)/diploma(s).

Name & Surname _____

Signature _____

*This form is free and should not be on issue for any form of transaction.
All opposition is liable to sanctions predisposed by the rules and regulation put in place to this effect.*

Notre adresse / Our address

B.P: 1739 Yaoundé-Cameroun

Fax: (237) 22229724

E-mail : sd_equivalence@minesup.gov.cm / dcaa@minesup.gov.cm