**FORMULAIRE DE DEMANDE**

**Programme: JOYEUX SERVICE DE L'EVANGILE**

**Programme de renouvellement** pour prêtres et religieuse/religieux en Afrique.

**(Abidjan, 4Juillet - 4 Septembre, 2020)**

L’ICOF certifie que les données contenues dans ce formulaire sont confidentielles et ne seront en aucun cas partagées en dehors du corps directif de l’ICOF. Veuillez remplir le formulaire en majuscules.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom……………………………………………………………..  Prénoms, .……………………………………………………. | | | Photo  (Taille passeport) |
| Titre: P. Sr. Rév. Mgr. Autres (veuillez le spécifier) …………..….... | | |
| Genre: M F Date de naissance ……/ …… / 19……….. | | |
| **Etat de vie** (cochez la case pertinente)  Prêtre  Religieux/euse  Laïc  Autres : ……………. ………………………… |
| **Vie consacrée**  Année du noviciat : ..............................................  Année des vœux temporaires : ............................................................  Année des vœux perpétuels : ...............................................................  Année d’ordination diaconale : ................................................................  Année d’ordination sacerdotale : ............................................................. | | |
| **Nationalité :** …………………………… Pays actuel de mission/résidence : ……………………………… | | | |
| **Contacts**  Téléphone (de celui qui fait la demande): ………................................... Email : ……………..........................  Skype name (si vous en avez un)………………………………...… Autre contact : ……………….................  En cas d’émergence, contacter les personnes suivantes :  Personne 1 : .............................Tel........................... email :.................................Relation………………  Personne 2 : .............................Tel........................... email :….............................Relation…………..….. | | | |
| **Congrégation ou Institut de Vie Consacrée,**.  Nom de votre institut ou diocèse : …………....…………………………………………………………………  Type d’institut : Religieux Diocésain Sociéte de vie apostolique Monastique Autres :…........... | | | |
| **Personnes de contact** dans votre congrégation / diocèse (supérieur / évêque / responsable de la formation…)  Nom 1 : .......................................................Tel.........................email............................rôle………………  Nom 2 : .......................................................Tel.........................email............................rôle……………… | | | |
| **Personne finançant** cette formation……………………….................................. Tel. …………………… email……………………………………….…………… Relation ……………………………………………... | | | |
| **Vos attentes** par rapport à ce programme ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. | | | |
| **Niveau d’études** (cochez les cases pertinentes)  BEPC  Baccalauréat (civil)  Formation technique / professionnelle  Universitaire BTS  Universitaire Licence  Master  Doctorat  Autres : ……………………… …………………………………… | Responsabilités pastorales / communautaires / professionnelles (Veuillez commencer par la plus récente)  ............................................................................................................  ........................................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................ ............................................................................................................  ............................................................................................................ ............................................................................................................  ........................................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................ ............................................................................................................ | | |
| **Votre ministère-charge(s) pastorale(s) actuels:** ..................................................................................  ...................................................................................................................................................................  Comment décrivez-vous votre charge de travail ? (cochez la réponse qui vous semble la plus pertinente): trop légère légère adéquate / gérable lourde trop lourde  Etes-vous heureux(se) dans votre ministère actuel ? Je suis… très heureux(se) heureux(se) ni heureux(se) ni malheureux(se) plutôt malheureux(se) très malheureux(se) | | | |
| **Santé[[1]](#footnote-1)**.  Si vous avez des soucis de santé, nous vous prions de nous indiquer lesquels :  Diabètes,  Hépatite B / C  Cancer  HIV / AIDS,  Epilepsie,  Problème cardiaque,  Drépanocytose.  Problème de santé mentale : dépression / schizophrénie/ troubles de la personnalité...  Addiction : alcool / stupéfiants / somnifères / tabac / jeu / autres  Autres : .......................................... | | **Traitement médical [[2]](#footnote-2) :** Si vous suivez, ou comptez suivre durant le programme, un traitement médical, nous vous prions de nous en informer. Type / nom du médicament / pathologie traitée ..................................................................................... .....................................................................................  ..................................................................................... | |
| **Régime alimentaire :**  Suivez-vous un régime alimentaire ? Oui Non  Si oui, veuillez le spécifier : .................................... .................................................................................. | |
| **Allergies :**  Etes-vous allergique à quelque chose ?  Oui Non  Si oui, veuillez spécifier à quoi : .................................  .....................................................................................  Comment traitez-vous les symptômes ? ................... ..................................................................................... | |
| Je présente cette demande de mon plein gré et en toute liberté. Je certifie que les renseignements donnés ci-dessus sont, à ma connaissance, vrais. Je sais que: 1) L’information contenue dans ce formulaire ne sera pas partagée en dehors du corps directif du programme ICOF. 2) « Joyex service de l’Evangile » est un programme de renouvellement et non pas un programme thérapeutique.    Signature.......................................... Date............................. | | | |

1. « Joyeux service de l’Evangile » n’est pas un programme thérapeutique. Soyez sûr que votre état de santé vous permettra d’y participer. Fumer dans le foyer est interdit. Etre sous l’influence de l’alcool ou de drogues est interdit. [↑](#footnote-ref-1)
2. Si vous avez besoin de médicaments, veuillez vous assurer d’en apporter suffisamment ou de pouvoir les acheter sur place. [↑](#footnote-ref-2)