

FICHE D'IDENTIFICATION N°3

Université de Liège

- Dénomination : stage pour (futurs) professeurs de français langue étrangère (FLE)
- Lieu : Liège
- Hébergement : à convenir
- Date des cours : Du lundi 3 au vendredi 21 août 2020
- Programme : didactique du français langue étrangère
- Profil des candidats : (futurs) professeurs de français langue étrangère et une connaissance du français équivalant au niveau C1 de la grille européenne d'auto-évaluation (CECR)
- Certification : une attestation de participation est délivrée à la fin du stage
- Conditions financières : frais d'inscription, de logement et de nourriture : à charge de WBI

Contact à l'Université de Liège

Tél. : 00.32.(0)4.366.57.59

Courrier électronique : islvfr@uliege.be

Contact à WBI

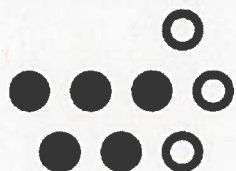
Rime MOURTADA – r.mourtada@wbi.be

Tél : 00.32.(0)2.421.84.31

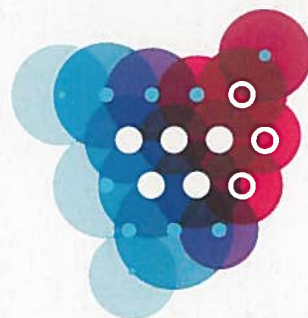
Sites internet

1. Informations générales sur les Relations internationales Wallonie-Bruxelles : www.wbi.be

2. Informations spécifiques sur le stage d'été Ulg :
www.islv.uliege.be/cms/c_10571865/fr/islv-l-universite-d-ete



Wallonie - Bruxelles
International.be



FORMULAIRE DE CANDIDATURE

EN VUE DE L'OBTENTION D'UNE

BOURSE D'ÉTÉ

DANS UNE DES CINQ UNIVERSITÉS DE

LA FÉDÉRATION WALLONIE BRUXELLES

APPLICATION FORM

FOR A

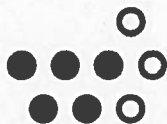
SUMMER GRANT

AT ONE OF THE FIVE UNIVERSITIES OF

THE FÉDÉRATION WALLONIE BRUXELLES

Formulaire complété à renvoyer auprès de
la structure en charge de la sélection dans
votre pays.

*Completed form must be returned to the
structure in charge of the selection in your
country*



**Wallonie - Bruxelles
International.be**

WBI s'engage à traiter vos données à caractère personnel de manière licite, loyale et transparente conformément à la législation en vigueur.

Ces informations resteront confidentielles et seront uniquement transmises à l'université qui vous accueille.

WBI undertakes to process your personal data lawfully, fairly and transparently in accordance with applicable legislation. This information will be kept confidential and will only be forwarded to the host university.

CE FORMULAIRE DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE DACTYLOGRAPHIÉ

THIS FORM MUST BE TYPED

I. Vous postulez pour (*You are applying for*) :

- Le cours de langue et culture française (*French language and culture course*)
- Le cours de didactique du français langue étrangère (*French as a foreign language*)
- Le cours de français de spécialité en relations internationales (*Specialised French course : international relations*)

II. Renseignement Personnels (*Personal data*) :

Nom (*Last name*) :

Prénom (*First name*) :

Lieu et date de naissance (*Place and date of birth*) :

Statut :

- Célibataire (*Single*)
- Marié(e) (*Married*)
- Veuf(ve) (*Widowed*)
- Divorcé(e) (*Divorced*)

Nombres d'enfants (*Number of children*) :

Domicile permanent (*Permanent address*) :

Numéro de téléphone (*Phone Number*) :

Adresse électronique (*E-mail address*) :

Fonction actuelle/depuis (*Current position/since*) :

Nom et coordonnées d'une personne de contact en cas d'urgence (*Contact information in emergency case*) :

Insérer une photo d'identité

Insert an ID picture

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. Références

Accord par cachet de l'institution universitaire du pays d'origine ou de l'institution où travaille le candidat. (*Certificate from the university in the country of origin or from the institution where the applicant is working*) :

Pour les citoyen(ne)s de l'Union européenne (*For European Union Citizens*) :

- J'ai pris acte que les soins de santé sont couverts par mon organisme de sécurité sociale dans le cadre de la réglementation européenne.
(*I note that health care shall be covered by my social security organisation pursuant to European regulation*).
- Je serai muni(e) d'une carte européenne d'assurance-maladie (CEAM).
(*I shall be equipped with the European health insurance card*)

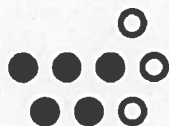
Pour les citoyens hors Union Européenne (*For citizens outside the European Union*) :

- J'ai pris acte que l'assurance de mes soins de santé sont à ma charge (*I note that my health care is at my expense*).

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



Wallonie - Bruxelles
International.be

FICHE ALUMNI IN WBI

A COMPLETER PAR LE BOURSIER
TO BE COMPLETED BY THE HOLDER

Madame Monsieur

Prénom (<i>Fist name</i>)	
NOM (<i>LAST NAME</i>)	
Pays d'origine (<i>Country</i>)	
E-Mail	

Le boursier s'engage à tenir WBI informé de l'évolution de sa carrière et accepte de faire partie de la base de données « ALUMNNI » établie par WBI. Il 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.

The holder undertakes to keep WBI informed of his career development and agrees to be part of the "ALUMNI" database established by WBI. He also authorises WBI to use its contact information to the purpose of maintaining contact and for the promotion of programmes managed by WBI or its partners.

Signature

A COMPLETER PAR WBI

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

N° identifiant :