



**MINISTÈRE  
DU TRAVAIL  
ET DE L'EMPLOI**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



N° 12384\*05

**DEMANDE D'INSCRIPTION À UN  
CONCOURS  
OU  
EXAMEN PROFESSIONNEL**

*Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée*

*La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée, relative à l'information, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire (articles 34 et suivants). Elle garantit un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification pour les données vous concernant, auprès du service organisateur du concours.*

# DEMANDE D'INSCRIPTION À UN CONCOURS OU EXAMEN PROFESSIONNEL

Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée

## A- Vous vous présentez à :

Intitulé exact  
du recrutement :

CONCOURS :  Externe  Interne  3<sup>ème</sup> voie OU EXAMEN PROFESSIONNEL  de l'année 20\_\_ \_\_

En cas d'épreuves(s) écrite(s)

Centre d'épreuves choisi : \_\_\_\_\_

## B - Votre choix d'options, discipline, spécialité, langue, et épreuve facultative

(Si le concours le prévoit)

Option

Langue étrangère

Discipline

Spécialité

Epreuve facultative  Oui  Non

## C - Votre état civil et votre situation

Afin d'éviter toute erreur dans votre inscription à la main, écrivez en **MAJUSCULES** très lisibles

M  Mme

Votre nom de famille :

**Votre nationalité**

Vos prénoms :

Française

Ressortissant de l'Union Européenne

Autre

Votre date de naissance :  |  |  |   
(JJ-MM-AAAA)

Département ou pays de naissance \_\_\_\_\_

Votre adresse :

Téléphone 1 (obligatoire) :

| |  |  | |

Code postal |  |

Téléphone 2 (recommandé) :

|  |  |  |

Commune \_\_\_\_\_

Pays (si hors France) : \_\_\_\_\_

E-mail (obligatoire) :

Votre situation familiale : Marié(e) oui  non

Êtes-vous en situation régulière au regard du service national ? oui  non  Services accomplis : oui  non

Êtes-vous bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui  non

Handicap  Autre  Précisez \_\_\_\_\_

Si oui, souhaitez-vous un aménagement d'épreuves : oui  non

**SITUATIONS PARTICULIERES :**

Dispense de diplômes : Sportif de haut niveau :  Parent de 3 enfants et plus :

## D Vos diplômes

**Votre niveau d'études :**  Niveau VI Brevet  Niveau V CAP/BEP  Niveau IV Baccalauréat  Niveau III Bac + 2  Niveau II Bac + 3  Niveau I Bac + 4 et plus  
(cochez)

**Votre diplôme le plus élevé :**  
Précisez intitulé/secteur d'études \_\_\_\_\_

Date d'obtention  
|   |   |      
(JJ-MM-AAAA)

**Votre diplôme spécifique requis pour le concours :**  
Précisez intitulé \_\_\_\_\_

Date d'obtention  
|   |   |      
(JJ-MM-AAAA)

Si vous ne remplissez pas la condition de diplôme,  
demandez-vous une reconnaissance d'équivalence de diplômes :      oui     non

**Pour les agents publics, précisez :**

## E Votre situation administrative actuelle *Le cas échéant, cochez les cases correspondant à votre situation*

**Historique de la carrière de  
Fonctionnaire ou Agent non titulaire**

cat. A du   |   | au |   |   |

cat. B du   |   | au |   |   |

cat. C du   |   | au |   |   |   |    
(JJ-MM-AA) (JJ-MM-AA)

**Date d'entrée dans l'administration :**

|   |   |      
(JJ-MM-AAAA)

**Actuellement vous  
relevez de la  
fonction publique :**

- d'État  
 territoriale  
 hospitalière  
 autre

Corps – Grade (actuels) :

\_\_\_\_\_

Votre échelon :  |  |

depuis la date du : |   |   |     |  
(JJ-MM-AAAA)

Position administrative :

\_\_\_\_\_

Nom de l'administration, de la collectivité territoriale ou de l'établissement public qui vous emploie actuellement :

\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal |   |

## F Votre déclaration

Je certifie que je remplis les conditions requises pour concourir.

En cas de succès au concours, je ne pourrai être nommé(e) que si je remplis les conditions exigées statutairement et notamment les conditions d'aptitude physique prévues par la réglementation. Toute déclaration inexacte ou incomplète me ferait perdre le bénéfice de mon éventuelle admission au concours.

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts et m'engage à fournir à l'Administration, dès qu'elle m'en fera la demande, les pièces destinées à compléter mon dossier de candidature.

Date de votre demande

|   |   |

(JJ-MM-AAAA)

Votre signature

Effacer tout

Imprimer

**Votre demande d'inscription dûment renseignée  
doit être envoyée au service organisateur**

## **AVANT LA DATE DE CLÔTURE DES INSCRIPTIONS**

POUR LES CONCOURS OU EXAMENS PROFESSIONNELS ORGANISÉS PAR  
LE BUREAU DU RECRUTEMENT

Ministère des affaires sociales et de la santé  
DRH – DRH 1C  
Bureau du recrutement  
(Intitulé du concours ou de l'examen professionnel)  
14, avenue Duquesne  
75350 PARIS 07 SP

### **La notification des notes**

**Tous les candidats recevront un relevé de leurs notes  
après proclamation des résultats définitifs.**

### **L'accès aux documents administratifs**

(Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 modifiée ; loi n° 79-587 du 11 juillet 1979)

**Les candidats ayant participé à des épreuves écrites peuvent demander la reprographie de leurs copies ou la consultation de celle-ci dans les locaux de l'Administration.**

**Il est signalé qu'aucune annotation des correcteurs ne figure sur les copies.  
Pour accéder à ces documents, il convient de formuler une demande écrite au service organisateur du recrutement.**

### **Sur le portail Internet ministériel**

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

(Rubrique « Métiers & concours ⇨ examens et recrutements »)

**Vous trouverez des informations complémentaires :**

	LES CONDITIONS GÉNÉRALES D'ACCÈS À LA FONCTION PUBLIQUE
	LES CONDITIONS PARTICULIÈRES D'ACCÈS AUX DIFFÉRENTS CONCOURS ET EXAMENS PROFESSIONNELS ORGANISÉS PAR LE MINISTÈRE
	LES CALENDRIERS PRÉVISIONNELS DE RECRUTEMENT
	LES MODALITÉS D'INSCRIPTION
	LES RÉSULTATS DES CONCOURS ET EXAMENS PROFESSIONNELS