

Christine GISBERT/ Evelyne GUILLERMIN

☎ 04.67.33.88.09/04.67.33.98.98

Code général de la Fonction Publique

# DOSSIER D'INSCRIPTION AUX CONCOURS OU EXAMEN PROFESSIONNEL

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

## A- Intitulé exact du Concours/Examen :

Reporter l'information figurant sur l'Avis d'ouverture et sur la notice.

Intitulé exact du concours/examen (Grade) : \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

de l'année 20\_\_\_\_\_

*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.*

## Cadre réservé au service "Examens & Concours"

☐ Cachet d'arrivée

☐ Remise AR

☐ Contrôle

## B - Votre état civil et votre situation :

☐ M ☐ Mme

Écrivez en MAJUSCULES très lisibles

Votre nom d'usage (Epoux (se)) \_\_\_\_\_

Nom de famille (Naissance) \_\_\_\_\_

Vos prénoms \_\_\_\_\_

Votre date de naissance | | | | | | | | (JJ-MM-AAAA) Département et Pays de naissance \_\_\_\_\_

**Votre nationalité** ☐ Française ☐ Ressortissant de l'Union Européenne

Votre situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e)

Votre adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : | | | | | Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone portable (obligatoire) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Téléphone du service (recommandé) : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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

Attestation de participation à la journée défense et citoyenneté, à fournir, pour les candidats français ayant moins de 25 ans.

Êtes-vous en situation de handicap ? ☐ oui (fournir justificatif)

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

☐ oui (Joindre obligatoirement un certificat médical détaillant l'aménagement souhaité et une demande écrite) ☐ non

SI VOUS ETES CANDIDAT MINEUR non émancipé **OBLIGATOIRE** : Joignez un engagement daté et signé d'un de vos parents, rédigé comme suit : En qualité de (père, mère ou tuteur), je soussigné(e) (nom et prénom) autorise : (nom et prénom du candidat) à prendre part aux épreuves du concours.

Êtes-vous en position d'activité ? ☐ oui ☐ non

Si oui, quelle est votre situation professionnelle actuelle : \_\_\_\_\_

## C – VOS DIPLOMES OBTENUS :

Vos diplômes : ☐ Niveau 3 ☐ Niveau 4 ☐ Niveau 5 ☐ Niveau 6 ☐ Niveau 7 ☐ Niveau 8  
(cochez) CAP/BEP Baccalauréat Bac + 2 Bac + 3 et +4 Bac + 5 Bac + 8

Intitulé du diplôme le plus élevé (avec secteur d'études) : \_\_\_\_\_

Année d'obtention

| | | | |

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

Année d'obtention

| | | | |

### DEMANDE D'EQUIVALENCE

Si vous ne remplissez pas la condition de diplômes, et que l'avis d'ouverture le prévoit, faites-vous une demande d'équivalence ? ☐ oui ☐ non

**SITUATIONS PARTICULIERES (joindre obligatoirement un justificatif)** : Dispense de diplômes

Sportif de haut niveau ☐

Parent de 3 enfants et plus (joindre photocopie de livret de famille) : ☐

Article L221-3-code du sport

Décret n°81-317 du 7 avril 1981

Pour les agents publics, précisez :  
**D – VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE ACTUELLE**

Cochez les cases correspondant à votre situation

**FONCTIONNAIRE OU AGENT NON TITULAIRE**

Date d'entrée dans une administration :

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (JJ-MM-AAAA)

Date d'entrée au CHU de Montpellier :

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (JJ-MM-AAAA)

N° de Matricule si agent CHU :

01/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Actuellement vous  
relevez de la  
**Fonction Publique :**

- ☐ D'Etat  
☐ Territoriale  
☐ Hospitalière

Grade actuel :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre échelon : \_\_\_\_\_

Depuis le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(JJ-MM-AA)

POSITION ADMINISTRATIVE : ☐ Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Contractuel Autres Précisez \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Service actuel : \_\_\_\_\_ Tél. du service : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Code postal | | | | | Ville \_\_\_\_\_

**E – VOTRE DECLARATION (cochez)**

☐ Je reconnais avoir pris connaissance du programme et des conditions du concours ou examen **et m'engage à suivre la formation d'adaptation à l'emploi prévue par la réglementation.**

☐ Je suis informé(e) que les résultats du concours feront l'objet d'une publication et d'une diffusion sur Intranet et Internet.

☐ 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. Je m'engage à fournir à l'Administration les pièces complémentaires qui sont demandées dans la notice explicative du concours à télécharger sur Intranet et Internet afin de compléter mon dossier de candidature.

**Date de votre demande**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(JJ-MM-AAAA)

**Votre signature**  
précédée de la mention  
**« Lu et Approuvé »**

Vous trouverez toutes les informations (Dossier d'inscription, avis d'ouverture, notice, décisions, dossier de demande d'équivalence, dossier RAEP)

Sur le Site Intranet du CHU de Montpellier en cliquant sur le lien : **INTRANET**

Et

Sur le site Internet du CHU (sauf dossier de demande d'équivalence et dossier RAEP) en cliquant sur le lien : **INTERNET**