

# DOSSIER DE RECRUTEMENT

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(A compléter par l'administration)

<b>STRUCTURE D'ACCUEIL</b>	
<b>N° poste</b>	
<b>N° matricule agent</b>	
<b>Imputation budgétaire</b>	

(A compléter par le candidat)

<b>ETAT CIVIL</b>	<b>NOM DE FAMILLE</b>			
	<b>NOM D'USAGE</b>			
	<b>PRÉNOMS</b>			
	<b>*N° sécurité sociale de l'agent</b>		<b>CLÉ</b>	

(A compléter par le candidat)

<b>COORDONNEES</b>	<b>N° ET RUE</b>			
	<b>COMPLÉMENT ADRESSE</b>			
	<b>CODE POSTAL</b>		<b>COMMUNE</b>	
	<b>N° TÉLÉPHONE</b>		<b>COURRIEL</b>	

NB : l'adresse est celle à laquelle peuvent être envoyées les correspondances concernant la paye (autre que l'adresse administrative)

(A compléter par le candidat)

<b>NAISSANCE</b>	<b>DATE DE NAISSANCE</b>		<b>PAYS</b>	
	<b>VILLE</b>		<b>DEPARTEMENT</b>	

(A compléter par le candidat)

<b>NATIONALITE</b>	
--------------------	--

(A compléter par le candidat)

<b>SITUATION FAMILIALE</b>	<b>DATE D'EFFET</b>			
	<input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> MARIE(E) <input type="checkbox"/> PACSE(E) <input type="checkbox"/> EN CONCUBINAGE <input type="checkbox"/> DIVORCE(E) <input type="checkbox"/> SEPARÉ(E) <input type="checkbox"/> VEUF(VE)			
	<input type="checkbox"/> ÉLÈVE SEUL(E) UN/DÉS ENFANT(S)			

(A compléter par le candidat)

<b>PERSONNE à CONTACTER EN CAS d'URGENCE</b>	<b>NOM</b>		<b>PRENOM</b>	
	<b>LIEN de PARENTE</b>		<b>N° TEL</b>	

(A compléter par le candidat)

<b>ENFANTS à CHARGE</b>	<b>NOM</b>		<b>PRENOM</b>		<b>SEXE (H/F)</b>	<b>DATE DE NAISSANCE</b>	<b>ETUDES, APPRENTISSAGE</b>

(A compléter par le candidat)

<b>SITUATION ANTERIEURE</b>	<input type="checkbox"/> <b>SALARIE DU SECTEUR PRIVE</b>
	<input type="checkbox"/> <b>AGENT CONTRACTUEL AU SEIN DE LA FONCTION PUBLIQUE</b>
	<b>CATEGORIE STATUTAIRE</b> <input type="checkbox"/> <b>A</b> <input type="checkbox"/> <b>B</b> <input type="checkbox"/> <b>C</b>
	<b>ADMINISTRATION d'ORIGINE</b> <input type="checkbox"/> <b>FONCTION PUBLIQUE ÉTAT</b> <input type="checkbox"/> <b>FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE</b> <input type="checkbox"/> <b>FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE</b>
<b>INDICE NET MAJORE (INM) :</b>	
<b>DERNIER EMPLOYEUR</b> Dénomination employeur : Contact mail service RH :	
<input type="checkbox"/> <b>SANS EMPLOI</b>	

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués sur la présente fiche et je m'engage à informer mon bureau de personnel de proximité de tout changement dans ma situation familiale.

<b>Date</b>		<b>Signature de l'agent</b>	
-------------	--	-----------------------------	--