

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## AU CONCOURS INTERNE

D'ADJOINT ADMINISTRATIF PRINCIPAL DE 2<sup>ème</sup> CLASSE  
DE L'INTÉRIEUR ET DE L'OUTRE-MER

**au titre de l'année 2024  
pour la région Bretagne**

Date d'ouverture des inscriptions : **lundi 18 mars 2024**

Date limite de retrait du formulaire d'inscription par voie électronique : **jeudi 11 avril 2024**

Date limite de validation des inscriptions sur le serveur électronique ou d'envoi des dossiers d'inscription par voie postale (le cachet de la poste faisant foi) : **jeudi 11 avril 2024**

Date prévisionnelle des épreuves écrites d'admissibilité : **mardi 11 juin 2024**

Dates prévisionnelles de l'épreuve d'admission : **mercredi 2, jeudi 3 et vendredi 4 octobre 2024**

Pour vous inscrire, vous avez le choix entre deux possibilités : inscription en ligne (**recommandée**) ou inscription papier. **Vous devez absolument faire un choix entre ces deux procédures.**

Ne cumulez pas dossier papier et inscription en ligne.

Si vous choisissez l'inscription papier, **ce présent formulaire** doit être transmis à la préfecture, **par voie postale uniquement** à l'adresse suivante :

*Secrétariat général Commun Départemental d'Ille-et-Vilaine  
Service des ressources humaines  
Pôle Formation et Concours - concours AAP2  
81 Boulevard d'Armorique  
35026 RENNES Cedex 9*

**Date limite d'envoi du dossier complet :**  
**Jeudi 11 avril 2024 (le cachet de la poste faisant foi)**

***TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETÉ***

Renseignements : ☎ : [sgc-concours@ille-et-vilaine.gouv.fr](mailto:sgc-concours@ille-et-vilaine.gouv.fr) - ☎ : 02 21 86 24 24

***Les renseignements demandés ci-après présentent un caractère obligatoire pour le traitement de l'inscription.***

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## Concours INTERNE d'adjoint administratif principal de 2<sup>ème</sup> classe Session 2024

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(cadre réservé à l'administration)

Avant de remplir le formulaire d'inscription, lire attentivement le GUIDE D'INSCRIPTION

Écrire très lisiblement, en lettres MAJUSCULES

### A - ÉTAT-CIVIL

Madame

Monsieur

NOM de naissance : \_\_\_\_\_

PRÉNOMS : \_\_\_\_\_

NOM d'usage (pour les femmes mariées) : \_\_\_\_\_

NOM et PRÉNOM du père : \_\_\_\_\_

NOM de naissance et PRÉNOM de la mère : \_\_\_\_\_

Nationalité française : OUI  NON  EN COURS D'OBTENTION

Autre Nationalité : \_\_\_\_\_

Si en cours d'obtention, cocher cette case

Date de naissance : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| COMMUNE : \_\_\_\_\_

DÉPARTEMENT  
ou PAYS étranger : |\_|\_|\_|\_|\_|

Situation familiale : Célibataire  Divorcé(e)  Marié(e)  Pacsé(e)   
Séparé(e)  Veuf/Veuve  Vie maritale

### B - ADRESSE

Indiquer l'adresse à laquelle toute correspondance (convocations, notification) doit parvenir.  
En cas de modification de cette adresse, prévenir immédiatement le service gestionnaire du concours.

N° : \_\_\_\_\_ RUE : \_\_\_\_\_

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| LOCALITÉ : \_\_\_\_\_

( (Domicile) : \_\_\_\_\_ ( (Portable) : \_\_\_\_\_

Adresse @ (obligatoire pour l'accusé de réception) : \_\_\_\_\_

## C - SITUATION ADMINISTRATIVE AU SEIN DE L'ADMINISTRATION FRANÇAISE

Fonctionnaire de l'État	<input type="checkbox"/>	
Agent non titulaire de l'État	<input type="checkbox"/>	Sur un emploi de catégorie :
Fonctionnaire d'une collectivité territoriale	<input type="checkbox"/>	
Agent non titulaire d'une collectivité territoriale	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Fonctionnaire de la fonction publique hospitalière	<input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
Agent non titulaire de la fonction publique hospitalière	<input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Agent d'un établissement public relevant de l'État	<input type="checkbox"/>	
Agent d'un établissement public relevant d'une collectivité territoriale	<input type="checkbox"/>	Grade : _____
Agent d'une organisation internationale intergouvernementale	<input type="checkbox"/>	

Date d'entrée dans l'administration : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Avez-vous au moins **1 an** de services publics au **1<sup>er</sup> janvier 2024** : OUI  NON

**NOM** de l'administration, de la collectivité territoriale, de l'établissement public ou de l'organisation internationale intergouvernementale **qui vous emploie actuellement** :

SERVICE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| LOCALITÉ : \_\_\_\_\_

( (professionnel) \_\_\_\_\_

Adresse @ (obligatoire pour l'accusé de réception) : \_\_\_\_\_

Serez-vous en activité au sein d'une administration le jour de l'épreuve écrite : OUI  NON

## D - SITUATION ADMINISTRATIVE AU SEIN D'UNE ADMINISTRATION EUROPÉENNE

**Vous justifiez de services accomplis au sein d'une administration européenne.**

Vous devez adresser le formulaire " Les ressortissants européens ", figurant en annexe 3 du guide, complété avec précision et accompagné de tout document justifiant la demande ( *tout document rédigé en langue étrangère doit être accompagné de sa traduction en français effectuée par un service assermenté* ).

## E – DIPLÔMES

Mentionnez le plus élevé : \_\_\_\_\_

ACQUIS

EN COURS D'OBTENTION

## F - PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

OUI

NON

### Si oui, souhaitez-vous des aménagements particuliers ?

(veuillez cocher le.les aménagement.s souhaité.s)

Tiers temps supplémentaire

Sujets en braille abrégé

Sujets grossis

Sujets en braille intégral

Utilisation d'un ordinateur

Assistance d'un secrétaire

Assistance d'un traducteur en langue des signes

Aide pour accéder aux escaliers

Autre : \_\_\_\_\_

Aucun aménagement d'épreuve

**Joindre obligatoirement à cette demande un certificat médical daté de moins de 6 mois, établi par un médecin agréé compétent en matière de handicap\*, déclarant le handicap compatible avec l'emploi postulé et précisant les aménagements qui doivent être accordés.**

*Le certificat médical doit être envoyé (cachet de la poste faisant foi) ou déposé au service organisateur **au plus tard trois semaines avant le début des épreuves écrites, délai de rigueur**, conformément au décret n° 2020-253 du 4 mai 2020 relatif à la portabilité des équipements contribuant à l'adaptation du poste de travail et aux dérogations aux règles normales des concours, des procédures de recrutement et des examens en faveur des agents publics et des candidats en situation de handicap.*

*(\* ) Une liste de médecins généralistes agréés compétents en matière de handicap est établie dans chaque département par le préfet. La liste des médecins agréés est accessible à l'adresse suivante : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>*

## G – COMMENT AVEZ-VOUS EU CONNAISSANCE DE CE CONCOURS

Site internet de la préfecture Région Bretagne

Site intranet de la préfecture d'Ille-et-Vilaine

Réseaux sociaux

Information du service RH

Information de ma hiérarchie

Bouche à oreille dans le milieu professionnel

Presse papier "Ouest-France"

Site internet "Ouest France"

Autres (préciser)

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
(NOM et PRÉNOMS)

Certifie sur l'honneur que les renseignements figurant sur le présent formulaire 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 d'inscription.

Je reconnais :

- remplir toutes les conditions requises pour l'inscription au concours interne ;
- que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part me ferait perdre le bénéfice de mon éventuelle admission au concours.

Fait à \_\_\_\_\_, le | | | | | | | | | |

**Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"**

### RAPPEL IMPORTANT

**Pour que votre dossier d'inscription soit complet, vous devez joindre au présent formulaire d'inscription (dûment rempli, daté et signé) :**

- ↪ en cas de services accomplis dans une administration européenne : le formulaire "Les ressortissants européens" complété avec précision et accompagné de tout document justifiant la demande, figurant en annexe 3 du guide ;
- ↪ en cas de demande d'aménagements pendant les épreuves : tout document justifiant la demande (personnes en situation de handicap) ;
- ↪ pour les agents non titulaires, un justificatif de l'employeur;
- ↪ **une adresse mail** pour l'envoi de l'accusé de réception de votre formulaire d'inscription.

**À défaut, votre demande d'inscription ne pourra pas être prise en compte**

## CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Accusé de réception de la demande d'inscription adressé au candidat le | | | | | | | | | |