



**MINISTÈRE
DE L'INTÉRIEUR
ET DES OUTRE-MER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

À L'EXAMEN PROFESSIONNEL POUR L'ACCÈS AU CORPS INTERMINISTÉRIEL DES ATTACHES D'ADMINISTRATION DE L'ÉTAT

**RELEVANT DU MINISTRE DE L'INTÉRIEUR ET DES OUTRE-MER
au titre de l'année 2024**

Date d'ouverture des inscriptions : **Lundi 21 novembre 2022**

Date limite de retrait du formulaire d'inscription par voie électronique ou postale : **lundi 26 décembre 2022**

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) : **lundi 26 décembre 2022**

Date prévisionnelle de l'épreuve écrite d'admissibilité : **mardi 7 mars 2023**

Date limite d'envoi du dossier RAEP (uniquement pour les candidats admissibles) par courriel ou voie postale (le cachet de la poste faisant foi) : **dimanche 16 avril 2023**

Les dates de l'épreuve orale d'admission **seront communiquées ultérieurement.**

Une fois rempli, le présent formulaire doit être **transmis, par voie postale uniquement, au plus tard le lundi 26 décembre 2022** (le cachet de la poste faisant foi) :

- pour les agents résidant en province : à la préfecture choisie ;
- pour les agents résidant en outre-mer : à la préfecture ou au haut-commissariat choisi ;
- pour les agents résidant à Paris et en région Île-de-France : Ministère de l'intérieur
SG/DRH/SDRF/BRPP-Section concours
Examen professionnel d'Attaché d'administration de l'État
27 cours des Petites Écuries
77185 LOGNES

Pour des questions portant sur le dossier d'inscription et sur l'organisation de l'examen, vous pouvez contacter le Bureau du recrutement et de la promotion professionnelle-Pôle concours : sdrf-exapro-attache@interieur.gouv.fr

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

Les articles 34 et suivants de la [loi n° 78-17 du 6 janvier 1978](#) modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés reconnaissent à toute personne qui figure dans un fichier le droit d'obtenir communication et rectification des informations qui la concernent.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Exa pro ATTACHE ADMINISTRATION ETAT 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

Centres d'examen :

- Île-de-France
- Province :
- | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ajaccio | <input type="checkbox"/> Dijon | <input type="checkbox"/> Nantes |
| <input type="checkbox"/> Amiens | <input type="checkbox"/> Lille | <input type="checkbox"/> Orléans |
| <input type="checkbox"/> Besançon | <input type="checkbox"/> Limoges | <input type="checkbox"/> Poitiers |
| <input type="checkbox"/> Bordeaux | <input type="checkbox"/> Lyon | <input type="checkbox"/> Rennes |
| <input type="checkbox"/> Caen | <input type="checkbox"/> Marseille | <input type="checkbox"/> Rouen |
| <input type="checkbox"/> Châlons-en-Champagne | <input type="checkbox"/> Metz | <input type="checkbox"/> Strasbourg |
| <input type="checkbox"/> Clermont-Ferrand | <input type="checkbox"/> Montpellier | <input type="checkbox"/> Toulouse |
- Outre-mer :
- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Basse-Terre | <input type="checkbox"/> Mamoudzou | <input type="checkbox"/> Saint-Pierre et Miquelon |
| <input type="checkbox"/> Cayenne | <input type="checkbox"/> Nouméa | <input type="checkbox"/> Tahiti |
| <input type="checkbox"/> Fort-de-France | <input type="checkbox"/> Saint-Denis | <input type="checkbox"/> Wallis et Futuna |

N° de matricule (figurant au dos de votre carte agent) : | | | | | | | |

A – INFORMATIONS PERSONNELLES

Madame

Monsieur

NOM de naissance : _____

PRÉNOMS : _____

NOM d'usage : _____

NOM de naissance et PRÉNOMS du père : _____

NOM de naissance et PRÉNOMS 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 : | | | |

Indiquer l'adresse à laquelle toute correspondance (convocations, notification) doit parvenir.

En cas de modification de cette adresse, prévenir immédiatement le service gestionnaire de l'examen.

N° : _____ RUE : _____

Code postal : | | | | | LOCALITÉ : _____

☎ (Domicile) : _____ ☎ (Portable) : _____

☎ (Lieu de Travail) : _____

Adresse @ : _____

B- SITUATION ADMINISTRATIVE AU SEIN DU CORPS DES SECRÉTAIRES ADMINISTRATIFS DE L'INTÉRIEUR ET DE L'OUTRE-MER

En détachement : NON OUI à compter du : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Corps de catégorie B d'appartenance : _____ Date de titularisation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Grade : _____ à compter du : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Échelon : _____ à compter du : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Durée des services publics en catégorie B au 1^{er} janvier 2024 (au moins 6 ans) : _____

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 : _____

Adresse @ : _____

Pour l'épreuve orale, les candidats résidant dans les DOM-COM ou à l'étranger, en situation de handicap, en état de grossesse ou dont l'état de santé le nécessite peuvent bénéficier, à leur demande, de la visioconférence.

Ce choix peut s'effectuer au moment de l'inscription. Les candidats devront produire dans les meilleurs délais et au plus tard dix jours avant le début de l'épreuve orale d'admission, un justificatif de domicile pour les résidents dans les DOM-COM ou à l'étranger. Pour les candidats en situation de handicap, en état de grossesse ou dont l'état de santé le nécessite, un certificat médical délivré par un médecin agréé et comportant la mention de l'aménagement relatif à la visioconférence devra être communiqué au service organisateur.

() Une liste de médecins généralistes agréés compétents en matière de handicap est établie dans chaque département par le préfet.*

Souhaitez-vous bénéficier de la visioconférence pour votre épreuve orale ?

OUI NON

C - DIPLOMES

Mentionnez le plus élevé : _____

ACQUIS EN COURS D'OBTENTION

D - PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

OUI NON

Si oui, souhaitez-vous des aménagements particuliers ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiers temps supplémentaire | <input type="checkbox"/> Sujets en braille abrégé |
| <input type="checkbox"/> Sujets grossis | <input type="checkbox"/> Sujets en braille intégral |
| <input type="checkbox"/> Utilisation d'un ordinateur | <input type="checkbox"/> Assistance d'un secrétaire |
| <input type="checkbox"/> Assistance d'un traducteur en langue des signes | <input type="checkbox"/> Aide pour accéder aux escaliers |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |
| <input type="checkbox"/> Aucun aménagement d'épreuve | |

Joindre obligatoirement à cette demande **un certificat médical de moins de 6 mois avant l'épreuve écrite établi par un médecin agréé(*) précisant les aménagements qui doivent être accordés et transmis au plus tard trois semaines avant le début des épreuves.**

() Une liste de médecins généralistes agréés compétents en matière de handicap est établie dans chaque département par le préfet.*

E – COMMENT AVEZ -VOUS EU CONNAISSANCE DE CET EXAMEN ?

- site intranet du Ministère de l'intérieur
- site Préfecture / SGAMI
- bouche à oreille professionnel
- information de ma hiérarchie / service RH (précisez)
- Autres (précisez)

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 à l'examen ;
- que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part me ferait perdre le bénéfice de mon éventuelle admission à l'examen.

Fait à _____, le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date et signature précédées 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 demande de visioconférence : tout document justifiant la demande ;
- ↳ en cas de demande d'aménagements pendant les épreuves : tout document justifiant la demande (personnes en situation de handicap {cf. III du guide d'inscription}).

**À défaut, votre demande d'inscription ne pourra pas être prise en compte
Pour les inscriptions par voie postale, il ne sera pas envoyé d'accusé de réception**