



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

2017

FORMULAIRE D'INSCRIPTION
AU CONCOURS PROFESSIONNEL D'ACCES AU GRADE
D'INSPECTEUR DU PERMIS DE CONDUIRE
ET DE LA SECURITE ROUTIERE DE 1^{ère} CLASSE
au titre de l'année 2017

Date d'ouverture des inscriptions : **mardi 30 août 2016**

Date limite de retrait du formulaire d'inscription par voie électronique et postale :
jeudi 29 septembre 2016

Date limite de validation des inscriptions sur le serveur électronique et d'envoi des dossiers d'inscription par voie postale (le cachet de la poste faisant foi) :
jeudi 29 septembre 2016

Date prévisionnelle de l'épreuve orale d'admission : **entre le 22 novembre et le 16 décembre 2016**

Une fois rempli, le présent formulaire doit être **transmis**, accompagné des pièces justificatives éventuellement requises, **par voie postale uniquement, au plus tard le jeudi 29 septembre 2016**
(le cachet de la poste faisant foi) au :

Ministère de l'intérieur
SG/DRH/SDRF/BRPP-Section concours
Concours professionnels d'IPCSR de 1^{ère} classe
Gestionnaire 6
27 cours des Petites Ecuries
77185 LOGNES

Pour des questions portant sur le dossier d'inscription et sur l'organisation du concours vous pouvez contacter le Bureau du recrutement et de la promotion professionnelle-Section organisation des concours et des examens professionnels : gestionnaire6-concours@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

examen pro INSPECTEUR du PCSR 1^{ère} classe 2017 | | | | | | | | | |
(cadre réservé à l'administration)

Avant de remplir le formulaire d'inscription, lire attentivement le guide d'inscription
Ecrire très lisiblement, en lettres MAJUSCULES

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

A - ETAT-CIVIL

Madame Monsieur

NOM de famille : _____

PRENOMS : _____

NOM d'usage : _____

NOM de famille et PRENOMS du père : _____

NOM de famille et PRENOMS de la mère : _____

Nationalité Française : OUI NON EN COURS D'OBTENTION

Autre NATIONALITE : _____
Si en cours d'obtention, cocher cette case

Date de naissance : | | | | | | | | | | COMMUNE : _____

DEPARTEMENT
ou PAYS étranger : | | | | _____

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 : | | | | | | LOCALITE : _____

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

☎ (Lieu de Travail) : _____

Adresse @ : _____

C - SITUATION ADMINISTRATIVE AU SEIN DU CORPS DES INSPECTEURS DU PCSR

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

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

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

Echelon (au moins 6^{ème}) : _____ à compter du : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Durée des services effectifs en catégorie B au 31 décembre 2017 (au moins 3 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 : |_|_|_|_| LOCALITE : _____



Adresse @ : _____

Pour les candidats résidant dans les DOM-COM, les auditions peuvent être réalisées en visioconférence

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

OUI NON

D - DIPLOMES

Mentionnez le plus élevé : _____

ACQUIS EN COURS D'OBTENTION

E - PERSONNES RECONNUES TRAVAILLEUR HANDICAPE

OUI NON

Si oui, souhaitez-vous des aménagements particuliers ?

Tiers temps supplémentaire

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 établi par le médecin de prévention de l'administration dont relève l'agent précisant les aménagements qui doivent être accordés.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____
(NOM et PRENOMS)

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 ;
- que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part me ferait perdre le bénéfice de mon éventuelle admission au concours.

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) :

- ↳ l'accusé de réception, figurant en annexe 2 du guide d'inscription ;
- ↳ une enveloppe autocollante (format standard) affranchie au tarif en vigueur pour un lettre jusqu'à 20 g (libellée à vos nom et adresse) pour l'envoi de l'accusé de réception.

Egalement (cas particuliers) :

- ↳ Une attestation reconnaissant la qualité de travailleur handicapé de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) territorialement compétente ;
- ↳ Un certificat médical établi par un médecin agréé compétent en matière de handicap, précisant les aménagements devant être accordés pour les personnes reconnues travailleur handicapé. (Une liste de médecins généralistes agréés compétents en matière de handicap est établie dans chaque département par le préfet).

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

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

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