



**PRÉFET  
DE LA LOIRE-  
ATLANTIQUE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION  
AU CONCOURS EXTERNE  
D'ADJOINTS ADMINISTRATIFS PRINCIPAUX DE 2<sup>ème</sup> CLASSE  
DE L'INTERIEUR ET DE L'OUTRE-MER  
au titre de l'année 2024 pour la région des Pays de la Loire**

Date d'ouverture des inscriptions : 29 janvier 2024

Date limite du retrait du formulaire d'inscription : 29 février 2024

Date limite de validation des inscriptions sur le serveur électronique : 29 février 2024

Date limite d'envoi des dossiers d'inscription par voie postale : 29 février 2024 (**le cachet de la poste faisant foi**)

Date des épreuves écrites d'admissibilité : 11 avril 2023

Date **prévisionnelle** de publication des résultats d'admissibilité : à partir du 22 mai 2024

Dates **prévisionnelles** des épreuves d'admission : du 3 au 10 juin 2024

Date **prévisionnelle** de publication des résultats d'admission : à partir du 11 juin 2024

Date **prévisionnelle** d'affectation : 1<sup>er</sup> septembre 2024

Pour vous inscrire, vous avez le choix entre deux possibilités : inscription en ligne ou inscription papier.

**Vous devez absolument faire un choix entre ces deux procédures, ne cumulez pas dossier papier et inscription en ligne.**

**Il est recommandé d'opter de préférence pour l'inscription par voie électronique.**

Cette procédure permet un **traitement plus rapide de votre inscription**. Une attestation d'inscription sera transmise au candidat par voie électronique.

**Si vous optez pour l'inscription par dossier papier**, le présent formulaire doit être transmis dûment complété **au plus tard le 29 février 2024 (le cachet de la poste faisant foi)** par voie postale à :

**Secrétariat Général Commun Départemental  
Service des Ressources Humaines  
Bureau de la Mobilité et du Recrutement  
10 boulevard Gaston Serpette CS 64 213  
44 042 Nantes Cedex 1**

La date de limite de retrait du formulaire est fixée au **29 février 2024**

**Tout dossier incomplet, mal renseigné et transmis hors délai sera rejeté.**

**Pour les inscriptions par voie postale, il ne sera pas envoyé d'accusé de réception.**

**Pour des questions portant sur le dossier d'inscription et sur l'organisation du concours, vous pouvez contacter le Bureau de la Mobilité et du Recrutement : [sgc-concours@loire-atlantique.gouv.fr](mailto:sgc-concours@loire-atlantique.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 EXTERNE

Externe ADJOINT ADM PPAL 2ème CLASSE 2024 | | | | | | | | | | | | | | | |

(cadre réservé à l'administration)

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

## A) ETAT-CIVIL

Madame

Monsieur

Célibataire

Concubin

Divorcé(e)

Marié(e)

Pacsé(e)

Séparé(e)

Séparé(e) judiciairement

Veuf / Veuve

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Prénom (s) \_\_\_\_\_

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 NATIONALITE \_\_\_\_\_

Si en cours d'obtention, cocher cette case

Date de naissance :

| | | | | | | | | |

COMMUNE :

DEPARTEMENT | | | |  
ou PAYS ETRANGER

PROFESSION : \_\_\_\_\_

## 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) DIPLOMES**

Mentionnez le plus élevé : \_\_\_\_\_

ACQUIS

EN COURS D'OBTENTION

**D) SITUATION AU REGARD DU SERVICE NATIONAL**

Dispensé  Engagé (e)  Exempté  Libéré  Néant  Non concerné (e)  Réformé

Recensé  Date du recensement : \_||\_||\_||\_||\_||\_||

Journée Défense et Citoyenneté effectuée le : \_||\_||\_||\_||\_||\_|| J.D.C non effectuée

Service accompli : Durée accomplie en tant qu'appelé : \_\_\_\_\_

Durée accomplie en tant qu'engagé : \_\_\_\_\_

Services civiques et autres formes de volontariat : \_\_\_\_\_

**E) PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

OUI

NON

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

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

- |  |  |
|--|--|
| <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 daté de moins de 6 mois avant les épreuves précisant les aménagements qui doivent être accordés. Ce certificat devra être établi par un médecin agréé** compétent en matière de handicap(\*), et envoyé (cachet de la poste faisant foi) ou déposé au service organisateur **au plus tard trois semaines avant le début des épreuves, délai de rigueur**, conformément au décret n° 2020-523 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.

La transmission de l'attestation reconnaissant la qualité de travailleur handicapé de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) territorialement compétente n'a plus de caractère obligatoire.

(\* Une liste de médecins agréés compétents en matière de handicap est établie dans chaque département par le préfet. Cette liste est disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), **NOM** :

**PRÉNOMS** :

Certifie sur l'honneur que les renseignements figurant sur le présent imprimé 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 externe ;
- que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part me ferait perdre le bénéfice de mon éventuelle admission au concours.

Je suis informé (e) que, pour les candidats fonctionnaires, le bénéfice du concours implique obligatoirement une mobilité et qu'il m'est recommandé d'informer ma hiérarchie de ma candidature pour qu'elle anticipe mon remplacement en cas de réussite.

À \_\_\_\_\_, le |\_|\_|||\_|\_| || 2 | 0 | 2 | 4 |

**Date et signature précédées de la mention manuscrite « lu et approuvé »**

**Dans le cas où le candidat serait mineur :**

Je soussigné(e), **NOM** :

**PRÉNOMS** :

Agissant en qualité de :  Père     Mère     Tuteur

autorise

**NOM DE NAISSANCE** (du candidat) :

**PRÉNOMS** (du candidat) :

à prendre part au concours d'adjoint administratif principal de 2ème classe de l'intérieur et de l'outre-mer.

À \_\_\_\_\_, le |\_|\_|||\_|\_| || 2 | 0 | 2 | 4 |

**Date et signature précédées de la mention manuscrite « lu et approuvé »**