



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

**OFFICE FRANÇAIS DE PROTECTION
DES RÉFUGIÉS ET APATRIDES**

Service des ressources humaines

201 rue Carnot

94136 - FONTENAY-SOUS-BOIS CEDEX

Tél : 01.58.68.13.44 / 14.39 / 17.61

recrutement-mobilite-formation@ofpra.gouv.fr

www.ofpra.gouv.fr

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**À L'EXAMEN PROFESSIONNEL POUR L'ACCÈS AU CORPS INTERMINISTÉRIEL DES ATTACHÉS
D'ADMINISTRATION DE L'ÉTAT
RELEVANT DE L'OFPRA**

au titre de l'année 2024

Vous souhaitez participer à l'examen professionnel pour l'accès au corps interministériel des attachés d'administration de l'Etat relevant de l'OFPRA. Il vous est demandé de bien vouloir privilégier l'inscription par voie électronique sur le site Internet de l'OFPRA.

Vous pouvez toutefois également vous inscrire par le biais de ce formulaire. Veuillez le remplir puis faire parvenir votre dossier à l'adresse suivante :

OFFICE FRANÇAIS DE PROTECTION DES RÉFUGIÉS ET APATRIDES

Service des ressources humaines

Bureau du recrutement, de la mobilité et de la formation

Examen professionnel d'APAE

201 rue Carnot

94136 - FONTENAY-SOUS-BOIS CEDEX

Date d'ouverture des inscriptions : **lundi 11 septembre 2023**

Date limite de retrait du formulaire d'inscription par voie électronique ou postale : **mercredi 11 octobre 2023**

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) : **mercredi 11 octobre 2023**

Date prévisionnelle de l'épreuve orale d'admission : **à compter du mardi 28 novembre 2023**

TOUT FORMULAIRE INCOMPLET SERA RENVOYÉ AU CANDIDAT.

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 (publiée au Journal officiel du 7 janvier 1978) reconnaissent à toute personne qui figure dans un fichier le droit d'obtenir communication et rectification des informations qui la concernent.

A/ ETAT CIVIL

Madame Monsieur

Nom de naissance :

NOM d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Département ou Pays étranger :

Nationalité Française : Oui Non En cours d'obtention

Autre NATIONALITÉ :

B/ ADRESSE

Adresse complète

Code postal

Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Téléphone professionnel

Adresse électronique

C/ VOTRE SITUATION AU REGARD DU SERVICE NATIONAL

Dispensé Engagé(e) Exempté Libéré Néant Non concerné(e) Réformé
 Recensé(e); 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 :

D/ 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 1er janvier 2022 (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 : _____

Commune : _____

Adresse électronique (obligatoire) : _____

Pour l'épreuve orale, les candidats 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 certificat médical délivré par un médecin agréé et comportant la mention de l'aménagement relatif à la visioconférence pour les candidats en situation de handicap ou en état de grossesse ou dont l'état de santé le nécessite. L'absence de transmission de justificatif rend la demande irrecevable.

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

E/ PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Non Oui Si oui, souhaitez-vous des aménagements particuliers ?

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 toutes pièces justificatives nécessaires au plus tard 3 semaines avant le déroulement des épreuves :

- Une attestation reconnaissant la qualité de travailleur handicapé de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) du département du candidat ;

- Un certificat médical déclarant le handicap compatible avec l'emploi postulé et précisant les aménagements qui doivent être accordés établi par un médecin agréé compétent en matière de handicap (*), un médecin appartenant au personnel enseignant et hospitalier d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire ou un médecin ayant dans un établissement hospitalier public la qualité de praticien hospitalier.

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

F/ DIPLÔMES

Mentionnez le plus élevé : _____

Acquis

En cours d'obtention

DECLARATION DE CANDIDATURE, A REMPLIR PAR TOUT LES CANDIDATS :

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.

Date et signature