

**MINISTERE DE L’INTERIEUR**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **OFFICE FRANCAIS DE PROTECTION**  **DES REFUGIES ET APATRIDES**  **Service des ressources humaines**  **201 rue Carnot**  **94136 - FONTENAY-SOUS-BOIS CEDEX**  **Tél : 01.58.68.17.61 / 14.39 / 63.18**  [**recrutement-mobilite-formation@ofpra.gouv.fr**](mailto:recrutement-mobilite-formation@ofpra.gouv.fr)  [**www.ofpra.gouv.fr**](http://www.ofpra.gouv.fr) |

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE D’INSCRIPTION**  **À L’EXAMEN PROFESSIONNEL POUR L’ACCÈS AU GRADE**  **D’ATTACHÉ PRINCIPAL D’ADMINISTRATION DE L’ÉTAT**  **RELEVANT DE L’OFPRA**  ***au titre de l’année 2025*** |

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

Vous souhaitez participer à l’examen professionnel pour l’accès au grade d’attaché principal 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 FRANCAIS DE PROTECTION DES REFUGIES ET APATRIDES**

**Service des ressources humaines**

**Bureau du recrutement, de la mobilité et de la formation**

**Examen professionnel d’APAE 2025**

**201 rue Carnot**

**94136 - FONTENAY-SOUS-BOIS CEDEX**

Date d’ouverture des inscriptions : **vendredi 13 septembre 2024**

Date limite de retrait du formulaire d’inscription par voie électronique ou postale : **lundi 14 octobre 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) : **lundi 14 septembre 2024**

Date prévisionnelle de l’épreuve orale d’admission : **à compter du jeudi 28 novembre 2024**

**TOUT FORMULAIRE INCOMPLET SERA RENVOYE 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*.

*Avant de remplir le formulaire d’inscription,* ***lire attentivement le guide d’inscription***

Écrire très lisiblement, en lettres MAJUSCULES

# A - ETAT-CIVIL

󠆰 Madame󠆰 󠆰󠆬 Monsieur

# Nom de naissance :

**Prénoms** :

# Nom d’usage :

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 : | | | |

# 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 de l’examen.*

N° : Rue :

Code postal : | | | | | | Localité :

Tel (Domicile) : Tel (Portable) :

Tel (Lieu de Travail) :

Adresse @ :

# C - SITUATION ADMINISTRATIVE AU SEIN DU CORPS DES ATTACHES D’ADMINISTRATION DE L’ÉTAT RELEVANT DE L’OFPRA

En activité :

Oui

Non

En détachement

sortant :

En détachement entrant :

NO N

Non

NON

N Non

Oui

Oui

à compter du : | | | | | | | | | |

à compter du : | | | | | | | | | |

Corps de catégorie A d’appartenance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de titularisation : | | | | | | | | | | |

Grade :

à compter du : | | | | | | | | | | |

Échelon au 31 décembre 2022 (au moins 5e) : à compter du : | | | | | | | | | | Durée des services effectifs en catégorie A au 31 décembre 2023 (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 : | | | | | | Localité :

Adresse @ :

# Pour les candidats résidant dans les DOM-COM, à l’étranger, en état de grossesse ou dont l'état de santé le nécessite, l’épreuve orale peut être organisée en visioconférence.

Pour ce faire, 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, et, pour les candidats 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.

L’absence de transmission de justificatif rend la demande irrecevable.

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

Oui Non

# D - DIPLÔMES

Mentionnez le plus élevé :

Acquis En cours d’obtention

# E – PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

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 daté de moins de 6 mois 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 (\*), 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.*

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

**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) :

* **le dossier de reconnaissance des acquis de l’expérience professionnelle (RAEP) en quatre exemplaires**;
* en cas de demande de visioconférence : tout document justifiant la demande ;
* en cas de demande d’aménagements pendant l’épreuve : tout document justifiant la demande (personnes en situation de handicap).

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