

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Séparé(e) judiciairement Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin(e) Pacsé(e)

Nombre d'enfants à charge :

Nombre de personnes handicapées à charge :

Nom et prénom du conjoint ² :

Date et lieu de naissance du conjoint ² :

Profession du conjoint ² :

SERVICE NATIONAL

Situation au regard du service national :

Recensement effectué : oui non

Appel de préparation à la défense effectué : oui non

Durée des services : du au.....

ETUDES / DIPLOMES

Diplôme obtenu (*indiquer uniquement le plus élevé*), date d'obtention et établissement de délivrance ¹ :
.....
.....

Etudes en cours et diplôme préparé :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession actuelle (*indiquer l'administration ou la raison sociale et l'adresse de l'employeur*) :

Expérience professionnelle (*indiquer les derniers emplois occupés et pour chacun d'eux, la nature, la durée ainsi que l'adresse des employeurs*) :

FILIATION

Nom, prénom, profession du père :

Nom marital, prénom, profession de la mère :

Domicile(s) et téléphone(s) des parents :

¹ Si vous êtes titulaire d'un diplôme délivré dans un des Etats membres de l'Union Européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen, vous devrez compléter le formulaire de demande d'assimilation de diplôme.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Etes-vous :

- Travailleur handicapé
- Ancien travailleur handicapé ; nombre d'années pendant lesquelles cette qualité vous a été reconnue :
- Sportif de haut niveau
- Ancien sportif de haut niveau ; nombre d'années pendant lesquelles cette qualité vous a été reconnue :

~~~~~

Enfants à charge (*indiquer leur nom, prénom, date de naissance*) :

.....  
.....  
.....  
.....

Personnes handicapées à charge (*indiquer leur nom, prénom, date de naissance*) :

.....  
.....  
.....

~~~~~

Résidences antérieures (*dates et adresses exactes*) :

.....
.....
.....
.....
.....

~~~~~

Indication du ou des concours déjà présentés pour accéder à cet emploi (*indiquer l'emploi concerné et la date des épreuves*) :

.....  
.....  
.....

**Je m'engage à répondre à toute convocation des services de police ou médicaux sous peine de perdre le bénéfice du concours.**

**Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements figurant sur le présent imprimé sont exacts et me déclare averti(e) que toute déclaration inexacte me fera perdre le bénéfice d'une éventuelle admission au concours.**

Fait à ....., le .....

Signature,