

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

A L'EXAMEN PROFESSIONNEL D'ACCÈS AU GRADE

D'INSPECTEUR DU PERMIS DE CONDUIRE ET DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE DE 2^e CLASSE

au titre de l'année 2024

Date d'ouverture des inscriptions : **jeudi 04 mai 2023.**

Date limite de retrait du formulaire d'inscription par voie électronique ou postale : **jeudi 1er juin 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) : **jeudi 1er juin 2023.**

Date prévisionnelle de l'épreuve écrite d'admission : **jeudi 12 octobre 2023**

Une fois rempli, le présent formulaire doit être **transmis, par voie postale uniquement, au plus tard le jeudi 1er juin 2023.**
(le cachet de la poste faisant foi) :

- ▶ pour les agents résidant en province : à la préfecture choisie ;
- ▶ pour les agents résidant en outre-mer : à la préfecture ou au haut-commissariat choisi ;
- ▶ pour les agents résidant à Paris et en région Île-de-France : Ministère de l'intérieur
SG/DRH/SDRF/BRPP-Section concours
Examen professionnel d'Inspecteur du PCSR de 2^e classe
27 cours des Petites écuries
77185 LOGNES

Pour des questions portant sur le dossier d'inscription et sur l'organisation de l'examen vous pouvez contacter le Bureau du recrutement et de la promotion professionnelle-Pôle concours : sdrf-exapro-ipcsr2@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

Exa pro INSPECTEUR du PCSR 2^e classe 2024

(cadre réservé à l'administration)

Avant de remplir le formulaire d'inscription, lire attentivement le guide d'inscription

Écrire très lisiblement, en lettres MAJUSCULES

Centres d'examens

Île-de-France

Province :

Ajaccio

Amiens

Besançon

Bordeaux

Caen

Châlons-en-Champagne

Clermont-Ferrand

Dijon

Lille

Limoges

Lyon

Marseille

Metz

Montpellier

Nantes

Orléans

Poitiers

Rennes

Rouen

Strasbourg

Toulouse

Outre-Mer :

Basse-Terre

Cayenne

Fort-de-France

Mamoudzou

Nouméa

Saint-Denis

Saint-Pierre et Miquelon

Tahiti

Wallis-et-Futuna

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

A – INFORMATIONS PERSONNELLES

Madame

Monsieur

NOM de naissance : _____

PRÉNOMS : _____

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 NATIONALITÉ : _____

Si en cours d'obtention, cocher cette case

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

DÉPARTEMENT

ou PAYS étranger : | | | | _____

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 : _____

① (Domicile) : _____ ② (Portable) : _____

③ (Lieu de Travail) :

Adresse @ : _____

C- DIPLÔMES

Mentionnez le plus élevé : _____

ACQUIS

EN COURS D'OBTENTION

D - PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

OUI

NON

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 un **certificat médical daté de moins de 6 mois** avant le début des épreuves, **établi par un médecin agréé** compétent en matière de handicap (*) et précisant les aménagements qui doivent être accordés. Ce certificat devra être transmis au service organisateur **au plus tard trois semaines avant le début de l'épreuve.***

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

E- COMMENT AVEZ-VOUS EU CONNAISSANCE DE CET EXAMEN PROFESSIONNEL?

Site intranet du Ministère de l'intérieur

Site Préfecture / SGAMI

Bouche à oreille professionnel

Information de ma hiérarchie / service RH (préciser)

Autres

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) :

↳ en cas de demande d'aménagements pendant les épreuves : tout document justifiant la demande (personnes en situation de handicap).

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