



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

2020

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## AU CONCOURS INTERNE

### DE DELEGUE AU PERMIS DE CONDUIRE ET A LA SECURITE ROUTIERE

au titre de l'année 2020

Date d'ouverture des inscriptions : **lundi 7 octobre 2019**

Date limite de retrait du formulaire d'inscription par voie électronique ou postale : **jeudi 7 novembre 2019**

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 7 novembre 2019**

Date prévisionnelle de l'épreuve écrite d'admissibilité : **jeudi 23 janvier 2020**

Date limite d'envoi du dossier RAEP (uniquement pour les candidats admissibles) par courriel ou voie postale (le cachet de la poste faisant foi) : **lundi 23 mars 2020**

Date prévisionnelle des épreuves orales d'admission : **entre le 14 et le 17 avril 2020**

Une fois rempli, le présent formulaire doit être **transmis par voie postale uniquement, au plus tard le jeudi 7 novembre 2019** (le cachet de la poste faisant foi) :

- ▶ pour les candidats résidant en outre-mer : à la préfecture ou au haut-commissariat choisi ;
- ▶ pour les candidats résidant en métropole :  
Ministère de l'intérieur  
SG/DRH/SDRF/BRPP-Section concours  
Concours interne de Délégué au PCSR  
27 cours des Petites Écuries  
77185 LOGNES

Pour des questions portant sur le dossier d'inscription et sur l'organisation du concours vous pouvez contacter le Bureau du recrutement et de la promotion professionnelle-Section concours : [sdrf-concours-dpcsr@interieur.gouv.fr](mailto:sdrf-concours-dpcsr@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

**Interne DELEGUE au PCSR 2020**

(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'examen :

- Métropole** Ile-de-France
- Outre-mer**  Basse-Terre  Mamoudzou  Saint-Pierre et Miquelon  
 Cayenne  Nouméa  Tahiti  
 Fort-de-France  Saint-Denis

## Conditions cumulatives particulières requises :

- 1  être titulaire du permis de conduire de la catégorie B en cours de validité
- 2  s'être vu délivrer le permis de conduire de catégorie B au plus tard au 1er janvier 2017  
*ne pas avoir fait l'objet d'une inscription sur le fichier national des permis de conduire au titre des décisions de restriction*
- 3  de validité, de suspension, d'annulation, d'interdiction de délivrance de permis de conduire ou de changement de catégorie  
*du permis de conduire prononcées en application des dispositions du code de la route*

## A – ETAT-CIVIL

- Madame  Monsieur

NOM de naissance : \_\_\_\_\_

PRENOMS : \_\_\_\_\_

NOM d'usage : \_\_\_\_\_

NOM de naissance et PRENOMS du père : \_\_\_\_\_

NOM de naissance et PRENOMS 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 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 du concours.

N° : \_\_\_\_\_ RUE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : |\_|\_|\_|\_| LOCALITE : \_\_\_\_\_

(Domicile) : \_\_\_\_\_ (Portable) : \_\_\_\_\_

(Lieu de Travail) : \_\_\_\_\_

Adresse @ : \_\_\_\_\_

## C – SITUATION ADMINISTRATIVE AU SEIN DE L'ADMINISTRATION FRANCAISE

Fonctionnaire de l'État

Agent non titulaire de l'État

Fonctionnaire d'une collectivité territoriale

Agent non titulaire d'une collectivité territoriale

Fonctionnaire de la fonction publique hospitalière

Agent non titulaire de la fonction publique hospitalière

Agent d'un établissement public relevant de l'État

Agent d'un établissement public relevant d'une collectivité territoriale

Agent d'une organisation internationale intergouvernementale

**Sur un emploi de catégorie :**

A

B

C

Date d'entrée dans l'administration : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Durée des services publics au 1<sup>er</sup> janvier 2020 (au moins 4 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 : |\_|\_|\_|\_| LOCALITE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse @ : \_\_\_\_\_

**Pour les candidats résidant dans les DOM-COM ou à l'étranger, 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 justificatif de domicile pour les résidents dans les DOM-COM ou à l'étranger ; soit pour les candidats en situation de handicap ou en état de grossesse ou dont l'état de santé le nécessite, un certificat médical délivré par un médecin agréé par l'administration 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 vos épreuves orales?

OUI

NON

## D – SITUATION ADMINISTRATIVE AU SEIN D'UNE ADMINISTRATION EUROPEENNE

✓ **Vous justifiez de services accomplis au sein d'une administration européenne.**

Vous devez adresser le formulaire « Les ressortissants européens », figurant en annexe 4 du guide, complété avec précision et accompagné de tout document justifiant la demande (tout document rédigé en langue étrangère doit être accompagné de sa traduction en français effectuée par un service assermenté).

## E – DIPLOMES

Mentionnez le plus élevé : \_\_\_\_\_

ACQUIS                       EN COURS D'OBTENTION

## F – PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

OUI                               NON

Si oui, souhaitez-vous des aménagements particuliers ?

- |  |  |
|--|--|
| <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 toutes pièces justificatives nécessaires :

- **une attestation reconnaissant la qualité de travailleur handicapé** de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) territorialement compétente ;

- **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.

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
(NOM et PRENOMS)

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 au concours interne ;
- que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part me ferait perdre le bénéfice de mon éventuelle admission au concours.

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) :

↳ la copie du permis de conduire de la catégorie B en cours de validité

Également (cas particulier) :

↳ en cas de services accomplis dans une administration européenne : le formulaire « Les ressortissants européens » complété avec précision et accompagné de tout document justifiant la demande, figurant en annexe 4 du guide ;

↳ en cas de demande de visioconférence : tout document justifiant la demande ;

↳ 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**