



GOVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS ET DE PRISE EN CHARGE POUR LES AGENTS CONTRACTUELS

Structure d'accueil (*ministère/direction/ service*) :

Matricule administratif ministériel (*réservé à l'administration*)

I Identité du déclarant

Qualité : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de naissance (en lettres capitales) :

Nom d'usage figurant sur la pièce d'identité (en lettres capitales) :

Prénom(s) :

II Données personnelles

N° de sécurité sociale : / / / / / / / / / / / / / / / / Clé / /

Adresse complète du domicile :

(Précisez le n° de rue, de voie, etc.)

Code postal : / / / / / Commune :

N° de téléphone personnel : / / / / / / / / / /

Email personnel : @

Date de naissance : / / / / / / / /

Commune de naissance :

Département de naissance :

Pays de naissance :

Nationalité :

Situation de famille :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Vivant maritalement ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Depuis le : / / / / / / / /

**Données facultatives concernant le conjoint :*

Nom de naissance (en lettres capitales) :

Prénom(s) :

Profession :

III Enfants

Nom	↓	↓	↓	↓
Prénom				
À charge	☐	☐	☐	☐
Date de naissance				
Lieu de naissance				
Date d'adoption				
Sexe (M/F)	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F	☐ M ☐ F
Date de décès				

IV Formation

Diplôme le plus élevé obtenu dans une filière donnée (grades universitaires, écoles, enseignements suivis...)

Diplôme	Année d'obtention

V Compétences

Langues étrangères

*Si requis dans le cadre de l'exercice des fonctions

Langues	Certification éventuelle

Permis de conduire

*Si requis dans le cadre de l'exercice des fonctions

Permis de conduire : ☐ permis auto ☐ permis moto ☐ permis professionnels ☐ permis remorque

Date d'obtention :

Numéro de permis :

VI Situation professionnelle antérieure

Dénomination et adresse de l'employeur :

Fonction publique (Fonction publique d'État/Fonction publique territoriale/ Fonction publique hospitalière) : ☐

Secteur privé : ☐

Type de contrat : ☐ Saisonnier/Temporaire ☐ Contrat de projet ☐ Intérimaire ☐ Alternance

☐ CDD ☐ CDI ☐ Retraité

Période d'emploi : / / au / /

Coordonnées (téléphone +courriel) du service en charge de votre rémunération auprès de votre ancien employeur :

VII Personne à contacter en cas d'urgence

Nom	Prénom	Numéro

Je m'engage à signaler sans délai à l'administration toutes modifications concernant les renseignements fournis

Déclaration certifiée sur l'honneur

Fait le / /

Signature