

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

**OFFICE FRANÇAIS DE PROTECTION
DES RÉFUGIÉS ET APATRIDES**

Service des ressources humaines

201 rue Carnot

94136 - FONTENAY-SOUS-BOIS CEDEX

Tél : 01.58.68.14.39 / 64.30

recrutement-mobilite-formation@ofpra.gouv.fr

www.ofpra.gouv.fr

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**À L'EXAMEN PROFESSIONNEL POUR L'ACCÈS AU CORPS INTERMINISTÉRIEL DES
ATTACHÉS D'ADMINISTRATION DE L'ÉTAT
RELEVANT DE L'OFPRA *au titre de l'année 2026***

Vous souhaitez participer à l'examen professionnel pour l'accès au corps interministériel des attachés d'administration de l'Etat relevant de l'OFPRA. **Il vous est demandé de bien vouloir privilégier l'inscription par voie électronique sur la plateforme de dépôt en ligne (lien sur le site Internet de l'OFPRA).**

Vous pouvez toutefois également vous inscrire par le biais de ce formulaire (ne cumulez pas dossier papier et inscription en ligne). Veuillez le remplir puis faire parvenir votre dossier à l'adresse suivante :

OFFICE FRANÇAIS DE PROTECTION DES RÉFUGIÉS ET APATRIDES

Service des ressources humaines

Bureau du recrutement, de la mobilité et de la formation

Examen professionnel d'AAE au titre de 2026

201 rue Carnot 94136 - FONTENAY-SOUS-BOIS CEDEX

- Date d'ouverture des inscriptions : **vendredi 12 septembre 2025**
- Date de clôture des inscriptions : **lundi 13 octobre 2025**
- Date d'enregistrement du formulaire d'inscription : **du 12 septembre au 13 octobre 2025 inclus au choix :**
 - par voie électronique. sur la plateforme de dépôt en ligne sur le site internet de l'OFPRA : www.ofpra.gouv.fr rubrique « Travailler à l'OFPRA – Concours et examens professionnels – Ouverture d'un examen professionnel pour l'accès au corps interministériel des attachés d'administration de l'Etat relevant de l'Ofpra » ;
 - par voie postale à l'OFPRA, le cachet de la poste faisant foi.
- Date prévisionnelle de l'épreuve écrite d'admissibilité : **à compter du jeudi 23 octobre 2025**
- Date prévisionnelle de l'épreuve orale d'admission : **à compter du jeudi 11 décembre 2025**

TOUT FORMULAIRE INCOMPLET SERA RENVOYÉ AU CANDIDAT.

A/ ETAT-CIVIL

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Nom d'usage : _____

Date de naissance : |_|_| | |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

Département

ou Pays étranger : |_|_|_|_| _____

Nationalité Française : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours d'obtention

Autre NATIONALITÉ : _____

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 électronique (obligatoire) : _____

C/ SITUATION ADMINISTRATIVE AU SEIN DU CORPS DES SECRETAIRES ADMINISTRATIFS DE L'INTÉRIEUR ET DE L'OUTRE-MER

En poste à l'OFPRA : ☐ Non ☐ Oui

En détachement : ☐ Non ☐ Oui à compter du : _____

Corps de catégorie B d'appartenance : _____

Date de titularisation : _____

Grade : _____ à compter du : _____

Échelon : _____ à compter du : _____

Durée des services publics en catégorie B au 1er janvier 2026 (au moins 6 ans) : _____

Date d'affectation à l'OFPPA :

Service d'affectation : _____

Adresse professionnelle électronique (obligatoire) :

Pour l'épreuve orale, 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 s'effectue 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. Pour les candidats en situation de handicap, 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 devra être communiqué au bureau du recrutement, de la mobilité et de la formation.

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

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

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

☐ Non ☐ Oui

D/ DIPLÔMES

Mentionnez le plus élevé : _____

☐ Acquis ☐ En cours d'obtention

E/ PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

☐ Non ☐ Oui

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 déclarant le handicap compatible avec l'emploi postulé et en précisant les aménagements qui doivent être accordés.

Ce certificat doit être **établi par un médecin agréé** compétent en matière de handicap (*) et envoyé (cachet de la poste faisant foi) ou déposé, **au bureau du recrutement, de la mobilité et de la formation 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.*

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

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 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).

**A défaut, votre demande d'inscription ne pourra être prise en compte.
Pour les inscriptions par voie postale, il ne sera pas envoyé d'accusé de réception.**

