|  |  |
| --- | --- |
| **Direction des ressources humaines****Service des personnels enseignants /****Faculté de médecine de Crteil****Service du personnel** | **Fiche individuelle de renseignements** **(À REMPLIR PAR L’INTÉRESSÉ-E)** |

Agent :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| M. /Mme\* | Nom-s de famille: |       |
|  | Nom-s d’usage : |       |
|  | Prénom-s :  |       |

\* Pour le terme « Mademoiselle », joindre une demande écrite à ce formulaire.

|  |  |
| --- | --- |
| Date de naissance :       | Ville de naissance :      |
| Département de naissance :       | Pays de naissance :       |

Pour les étrangers : Nationalité :

 Nom et 1er Prénom du Père :

 Nom et 1er Prénom de la Mère :

|  |  |
| --- | --- |
| Êtes-vous **travailleur handicapé** reconnu par la **Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées (ex-COTOREP)?** | OUI [ ]  NON [ ]  |

 **(**si oui joindre un justificatif)

Adresse personnelle principale :

Adresse :

Commune :

|  |  |
| --- | --- |
| Bureau distributeur :       | Code postal :       |
| E-mail :       | Tél. pers.       | Fax pers.      |

Personne à prévenir en cas d’urgence :

Nom :      Prénom :      Téléphone :

Lieu de travail principal :

Fonction :      Quotité :      %

Services Centraux/Composante/Organisme de recherche :

Département/Service/Laboratoire :

N° Tél. :      N° Fax :       E-mail :

Adresse :

Commune :

|  |  |
| --- | --- |
| Bureau distributeur :       | Code postal :       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Numen |  |  |
|       | Personnel logé | Non logé [ ]  |
|  |  |  |  | Par nécessité absolue [ ]  |
|  |  |  |  | Par utilité de service [ ]  |
|  |  |  | Mutuelle |  |
|  |  |  | MAGE | OUI [ ]  NON [ ]  |
| N° INSEE |  | Clé | MGEN | OUI [ ]  NON [ ]  |
|       |  |    | PREFON | OUI [ ]  NON [ ]  |

Situation familiale (saisir la date) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Célibataire | [ ]  | Divorcé | [ ]        |
| Marié-e | [ ]        | Veuf | [ ]        |
| Concubin | [ ]        | Pacs | [ ]        |
| Séparé | [ ]        |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Avez vous des enfants ? :  | OUI [ ]  NON [ ]  |
| Si oui, combien :    |
| **NOM** | **Prénom** | **Âge** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Diplômes :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diplômes** | **Spécialité** | **Année** | **Lieu d’obtention** |
|       |       |      |       |
|       |       |      |       |
|       |       |      |       |

Renseignements concernant le conjoint :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| M./Mme | **Nom de famille** : |       **Prénoms** :        |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date de naissance** :  |       | **Lieu** :       |

Profession ou emploi :

Nom et adresse de l'employeur :

|  |  |
| --- | --- |
| Le conjoint perçoit-il le supplément familial de traitement :  | OUI [ ]  NON [ ]  |

Service national :

|  |
| --- |
| **SITUATION :** |
| Service accompli\* [ ]  Recensé [ ]  Exempté [ ]  |
| En attente [ ]  APD [ ]  Autre [ ]  |
|  |
| **Affecté défense** |
| Sans objet [ ]  OUI [ ]  NON [ ]  |

**\* Si accompli, fournir la photocopie de votre livret militaire ou justificatif de votre position militaire.**

|  |  |
| --- | --- |
| Date de début : |  |
| Date de fin : |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Avez-vous exercé une activité professionnelle dans le secteur public, antérieurement à votre prise de fonction actuelle ? | OUI [ ]  NON [ ]  |
| Si oui, AVEZ-VOUS VALIDÉ VOS SERVICES AUXILIAIRES ? | OUI [ ]  NON [ ]  |
| Avez-vous exercé une activité professionnelle, dans le secteur privé ? | OUI [ ]  NON [ ]  |

**Fournir vos contrats de travail et/ou vos arrêtés.**

**Si vous n'avez jamais travaillé dans le secteur public, remplir la déclaration sur l'honneur.**

|  |
| --- |
| Joindre les justificatifs suivants : - photocopie de la carte vitale + photocopie de l’attestation - photocopie de votre livret de famille et de votre carte nationale d’identité recto-verso ou passeport - RIB et demande de domiciliation bancaire - votre avis d'affectation  - Photocopies des diplômes |

**En cas d'absence de ces justificatifs dans votre dossier, les renseignements y afférents ne pourront être saisis et par conséquent, votre dossier ne pourra être enregistré dans le fichier du personnel de l'UPEC.**

INFORMATIONS CONTRAT – A REMPLIR PAR L’ADMINISTRATION

(Concerne uniquement les enseignants contractuels.)

**1/ Date de début de contrat** :

**2/** **Rémunération :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indice de rémunération (INM) :** |  |

**3/ Quotité de temps de travail :**

|  |
| --- |
| **%** |