



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA POLICE NATIONALE

**DOSSIER DE CANDIDATURE
A UN EMPLOI
D'ADJOINT DE SÉCURITÉ**

Candidature présentée par :

Ancien policier auxiliaire :

OUI

NON (cocher la case correspondante)

Résidant à :

Dossier transmis par le commissariat de police de : Département :

ÉTAT DES PIÈCES

**composant le dossier de candidature
pour un emploi d'adjoint de sécurité**

(pour remise aux candidats)

- 1 - Une liste des documents à fournir pour le dossier de candidature à un emploi d'adjoint de sécurité.**
- 2 - Une demande de candidature à un emploi d'adjoint de sécurité.**
- 3 - Une liste des médecins agréés dans le département pour délivrer le certificat médical demandé.**
- 4 - Un questionnaire médical à remplir par le candidat pour remise au médecin agréé.**

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

pour le dossier de candidature
à un emploi d'adjoint de sécurité



Généralités sur les conditions de recevabilité des candidatures :

- Seules sont recevables les candidatures répondant aux conditions suivantes :
 - être de nationalité française ;
 - avoir un âge compris entre 18 ans et moins de 30 ans au 1er janvier de l'année en cours
- Aucune condition de diplôme n'est requise pour postuler à l'emploi d'adjoint de sécurité.
- Les critères physiques (*pas de taille minimale, acuité visuelle égale à 15 dixièmes pour les deux yeux, audition, santé générale, aptitude au service de jour et de nuit, etc.*) et de moralité guidant la sélection sont ceux qui prévalent pour le recrutement des gardiens de la paix.

Liste des documents à fournir :

- 1. Une demande de candidature** certifiant sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis (*demande type jointe au dossier*).
- 2. Une lettre manuscrite de motivation**, précisant les raisons de la candidature, l'intérêt porté aux missions d'adjoint de sécurité ainsi que les projets professionnels envisagés au terme du contrat.
- 3. Une copie de la pièce d'identité.**
- 4. Tout document justificatif de la position du candidat au regard du service national** (*selon la situation de l'intéressé, fournir la copie du certificat individuel de participation à la journée d'appel de préparation à la défense ou de l'attestation provisoire de participation à la journée d'appel de préparation à la défense, ou bien d'une pièce officielle attestant de la situation militaire (carte du service national, état signalétique des services accomplis, certificat de position militaire, ...)*)
- 5. Une copie des diplômes obtenus.**
- 6. Le certificat médical établi par l'un des médecins agréés** figurant sur la liste remise au candidat lors du retrait de dossier.



**DEMANDE DE CANDIDATURE
A UN EMPLOI
D'ADJOINT DE SÉCURITÉ**

ANNÉE :
DÉPARTEMENT :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA POLICE NATIONALE

Je soussigné :

Épouse :

(NOM en lettres majuscules puis prénoms avec soulignement du prénom usuel)

Né(e) le : / / à (commune, département et pays)

Nationalité :

Résidant à (adresse complète) :
.....
.....

Code postal : Ville :

déclare postuler à un emploi d'adjoint de sécurité dans la Police nationale

Code INSEE (numéro de sécurité sociale) : / / / / /

N° de téléphone où le (la) candidat(e) peut être contacté(e) :

Situation de famille : (célibataire, marié(e), veuf(ve), divorcé(e), concubinage, nombre d'enfants)
.....
.....

Date du mariage, du divorce, de déclaration de concubinage : / /

Pour chaque ENFANT, préciser le sexe, le prénom usuel et la date de naissance :

..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /

Nom, prénoms, date et lieu de naissance, profession (employeur) du conjoint ou du concubin :
.....

Né(e) le : / / à (commune, département et pays)

Nom, prénoms, profession et adresse du père :
.....
.....

Nom, prénoms, profession et éventuellement adresse de la mère :
.....
.....

Résidences antérieures (dates et adresses exactes) depuis l'âge de 16 ans :
.....
.....
.....
.....

DOSSIER À RENVOYER AUPRES DU SGAP DE VERSAILLES

SGAP DE VERSAILLES
24 rue St Louis - BP 183
78001 Versailles cedex
01.39.66.20.00

Mentionnez dans votre lettre de motivation le département dans lequel vous souhaitez travailler, parmi les 4 départements du ressort du SGAP de Versailles (77-78-91-95).



VISITE MEDICALE DES CANDIDATS A L'EMPLOI D'ADJOINT DE SECURITE

Avant de déposer votre dossier de candidature à l'emploi d'ADS, vous devez prendre rendez-vous auprès de l'un des médecins agréés figurant dans la liste jointe.

Si vous n'habitez pas en Ile de France :

- Vous devez joindre à ce dossier un certificat médical d'aptitude physique délivré par un médecin agréé par le Ministère de l'Intérieur. Pour prendre rendez-vous avec ce médecin dans votre région, contactez le commissariat le plus proche de chez vous.
- Aucun logement de fonction n'étant fourni par le Ministère de l'Intérieur, renseignez vous sur les possibilités de logement en Ile de France avant de postuler.

MEDECINS CONVENTIONNES AGREES SGAP DE VERSAILLES

<u>DEPARTEMENT</u>	<u>NOM</u>	<u>ADRESSE</u>	<u>TELEPHONE</u>
<u>-77- SEINE-ET-MARNE</u>	Docteur Jean-Luc ROBINOT	ENSOP 106 rue Désiré Thoison -77130- CANNES-ECLUSE	01.64.69.35.00
	Docteur Robert HENRY Docteur Philippe MAUJEAN	Cantonnement CRS 19 avenue des Sablons Bouillants -77100- MEAUX	01.60.32.52.00
	Docteur Sylvain COLLET	DDSP 51 rue du Général de Gaulle -77000- MELUN	01.60.56.68.68
	Service Médical de la Police Nationale	168 rue de Versailles -78150- LE CHESNAY	01.39.66.20.57
<u>-78- YVELINES</u>	Docteur Alain ROSTANE	CRS N° 1 1 avenue Sadi Lecoointe -78140- VELIZY	01.34.63.31.99
	Docteur François BUSNEL	Hôtel de Police Boulevard de France -91012- EVRY CEDEX	01.60.76.70.19
<u>-91- ESSONNE</u>	Docteur Jean-Pierre DETROYES	Centre Régional de Formation Plateau du Moulon - rue Joliot-Curie -91190- GIF-SUR-YVETTE	01.69.33.75.75
	Docteur Pierre EBERHARD	Hôtel de Police Place du Maréchal Leclerc -91260- JUVISY-SUR-ORGE	01.69.84.30.83
<u>-95- VAL D'OISE</u>	Docteur Jacques REVERBERI	27 rue de la République -95100- ARGENTEUIL	01.34.10.71.80
	Docteur Eric MACHIN	Hôtel de Police 4 rue de la Croix des Maheux -95027- CERGY CEDEX	01.34.43.20.78
	Docteur Michel LAUDE	DPAF Roissy-Charles de Gaulle BP 20106 -95711- ROISSY-EN-FRANCE	01.48.62.42.64
	Docteur Patrick BAZELOT	Hôtel de Police 41 avenue du 8 Mai 1945 -95200- SARCELLES	01.34.38.37.04

MINISTERE DE L'INTERIEUR

DIRECTION GENERALE DE LA POLICE NATIONALE

**DIRECTION DE L'ADMINISTRATION
DE LA POLICE NATIONALE**

SOUS-DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES



QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LE CANDIDAT

Ce questionnaire est exclusivement destiné au service médical de la police nationale et toute information est strictement confidentielle, protégée par le code de déontologie médicale (décret 95-1000 du 06/09/1995, Articles 4 et 95).

NOM..... Prénoms.....

Né(e) le.....à.....Département.....

Situation de famille : Célibataire - Marié(e) - Divorcé(e) - Veuf ou Veuve *

* **Barrer les mentions inutiles.**

Nombre d'enfants

Service national - Effectué : Date et affectation, durée :

- Exempté - Réformé - Dispensé - Sursitaire *

* **Barrer les mentions inutiles.**

I - ANTECEDENTS FAMILIAUX :

Comptez-vous parmi vos parents, grands-parents, frères et sœurs, des personnes ayant présenté (préciser le lien de parenté) :

PARENTE

- ☞ Des allergies (asthme, eczéma, rhume des foies)
- ☞ Une hypertension artérielle
- ☞ Un diabète
- ☞ Une maladie endocrinienne
- ☞ Une autre maladie métabolique (cholestérol, triglycérides,...)
- ☞ Un cancer (préciser lequel)
- ☞ Une maladie de cœur (insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, angine de poitrine)
- ☞ Une attaque, hémorragie ou congestion cérébrale avec ou sans paralysie

NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI

NE SAIT PAS - NON - OUI

NE SAIT PAS - NON - OUI

- ☞ Des troubles mentaux ou dépressifs
- ☞ Une toxicomanie
- ☞ Un suicide
- ☞ Une autre affection (précisez laquelle)

- NE SAIT PAS - NON - OUI
- NE SAIT PAS - NON - OUI
- NE SAIT PAS - NON - OUI
- NE SAIT PAS - NON - OUI

II – HABITUDES DE VIE :

- ∅ Eventuelle profession antérieure :
- ∅ Combien fumez-vous de cigarettes ou autre par jour ? depuis combien d'années ?
- ∅ Consommez-vous de l'alcool ? NON - OUI
 Si oui, quantité par jour : NE SAIT PAS verres
- ∅ Avez-vous fait ou faites-vous usage de produits stupéfiants ? NON - OUI
- ∅ Avez-vous une activité sportive régulière ? NON - OUI
 Si oui, quel sport et avec quelle fréquence ?

III – ANTECEDANTS PERSONNELS :

- ↳ **VACCINS** : précisez les dates des vaccinations : **B.C.G.**.....
- DT POLIO**.....
- Hépatite A**.....
- Hépatite B**.....

- ↳ **VOYAGES** : Avez-vous vécu ou voyagé dans un pays étranger ? NON - OUI
 Si oui, indiquer le pays et la durée du séjour.

- ↳ **ACCIDENTS** : Avez-vous été accidenté ? (préciser les hospitalisations et traitements subis).

A l'armée	<input type="checkbox"/> NON - <input type="checkbox"/> OUI	<u>Date</u> :	<u>Lésion</u> :	<u>Taux d'invalidité</u> :
Au travail	<input type="checkbox"/> NON - <input type="checkbox"/> OUI	<u>Date</u> :	<u>Lésion</u> :	<u>Taux d'invalidité</u> :
En dehors du travail	<input type="checkbox"/> NON - <input type="checkbox"/> OUI	<u>Date</u> :	<u>Lésion</u> :	<u>Taux d'invalidité</u> :

Avez-vous au cours des 5 dernières années, subi les examens complémentaires biologiques, radiologiques, endoscopiques ou autres (électrocardiogramme, électroencéphalogramme, scanner...)

- NON - OUI

Lesquels ?

HOSPITALISATIONS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES :

☞ Avez-vous eu des hospitalisations ? NON - OUI
(Indiquer la date et la nature des maladies).

☞ Avez-vous eu des interventions chirurgicales ? NON - OUI
(Indiquer la date et les organes concernés).

Y ANTECEDENTS MEDICAUX : → OPHTALMOLOGIQUES :

☞ Votre vue est-elle corrigée ? Lunettes - Lentilles NON - OUI
☞ Avez-vous été traité ou opéré pour une maladie des yeux ? NE SAIT PAS - NON - OUI
(préciser laquelle).
☞ Avez-vous été traité ou opéré pour une myopie ? NE SAIT PAS - NON - OUI

→ O.R.L. :

☞ Avez vous subi des interventions chirurgicales au niveau des oreilles NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Avez vous eu ou présentez vous des troubles de l'audition NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Avez vous eu ou présentez vous des maladies au niveau des oreilles NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Avez vous eu ou présentez-vous des bourdonnements et/ou sifflements d'oreille NE SAIT PAS - NON - OUI

→ CARDIO-VASCULAIRE :

☞ Faites-vous de l'hypertension ? NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Avez-vous fait ou faites-vous :
☞ Infarctus du myocarde ? NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Angine de poitrine ? NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Autres maladies cardiaques au souffle au cœur ? NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Embolie pulmonaire ? NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Hémorragie cérébrale (ou embolie) ? NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Varices ? NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Phlébite ? NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Trouble du rythme cardiaque ? NE SAIT PAS - NON - OUI

→ PNEUMOLOGIQUES :

☞ Tuberculose NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Pleurésie, pneumothorax NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Asthme NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Sarcoidose NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Autres maladies pulmonaires NE SAIT PAS - NON - OUI

→ ALLERGIQUES :

☞ Eczéma NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Rhume des foins NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Médicaments (lesquels) NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Autres NE SAIT PAS - NON - OUI

→ NEUROLOGIQUES :

☞ Vertiges NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Maux de tête fréquents NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Un ou des traumatismes crâniens NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Perte(s) de connaissance NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Crise d'épilepsie NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Sclérose en plaques NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Spasmophilie, tétanie NE SAIT PAS - NON - OUI
☞ Autres NE SAIT PAS - NON - OUI

→ RHUMATOLOGIQUES :

- ☞ Avez-vous parfois mal au dos ?
À quel niveau ?

NE SAIT PAS - NON - OUI
- Cervical
- Dorsal
- Lombaire

- ☞ Avez-vous déjà eu une sciatique ?
☞ Avez-vous déjà eu des rhumatismes ?
☞ Avez-vous déjà eu des fractures ?
☞ Avez-vous déjà eu des entorses ?

NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI

→ GASTRO-ENTEROLOGIQUES :

Avez-vous eu :

- ☞ Un ulcère de l'estomac ou du duodénum ?
☞ Une colite ?
☞ Du sang dans les selles ?
☞ Des diarrhées fréquentes ?
☞ Des parasites intestinaux (amibes ou autres) ?
☞ Une hépatite virale (laquelle) ?
☞ Une hernie (laquelle) ?
☞ Autres ?

NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI

→ MALADIES INFECTIEUSES :

Avez-vous eu :

- ☞ Des accès de paludisme ?
☞ Une maladie tropicale (préciser laquelle) ?
☞ Une maladie sexuellement transmissible (laquelle), des
chlamydiae, des mycoplasmes, autre ?
☞ Autres ?
☞ Avez-vous été opéré pour une affection des oreilles de la gorge ?

NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI

NE SAIT PAS - NON - OUI

NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI

→ RENAUX :

- ☞ Vous levez-vous la nuit pour uriner ?

NE SAIT PAS - NON - OUI

Avez-vous déjà eu ?

- ☞ Des infections urinaires ?
☞ Du sang dans les urines ?
☞ Des crises de colique néphrétique ?
☞ Autres ?

NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI

QUESTIONS CONCERNANT LES FEMMES

- Etes-vous enceinte ? NE SAIT PAS - NON - OUI
- Etes-vous régulièrement suivie par un gynécologue ? NON - OUI
- Avez-vous des enfants (combien) ? NON - OUI
- Avez-vous subi une urgence gynécologique
(hémorragie, grossesse extra-utérine, avortement) ? NON - OUI
- Préciser la date :
- Avez-vous eu une salpingite ? NON - OUI
- Avez-vous eu un kyste de l'ovaire ? NON - OUI
- Avez-vous subi :
- Une césarienne ? NON - OUI
- Une ablation de l'utérus ? NON - OUI
- Une ablation de l'ovaire ? NON - OUI
- Une ablation des deux ovaires ? NON - OUI

Je certifie sur l'honneur ne rien avoir dissimulé de mes antécédents.

A,.....Le.....

Signature

→ **DERMATOLOGIQUES :**

Avez-vous déjà eu :

- ☞ Des poussées d'eczéma ?
- ☞ Du psoriasis ?
- ☞ Une autre maladie de peau ?

NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI

→ **DIVERS :**

- ☞ Avez-vous été traité pour une maladie de la thyroïde ?
- ☞ Êtes-vous hémophile ?
- ☞ Êtes-vous diabétique ?
- ☞ Avez-vous été traité pour une maladie du sang ?
(leucémie, Hodgkin, autre) ?
- ☞ Avez-vous eu une maladie de l'hémoglobine ?
- ☞ Avez-vous eu une maladie de la coagulation sanguine ?
- ☞ Avez-vous été traité pour une affection du système nerveux ?
- ☞ Avez-vous été traité ou opéré pour un cancer (préciser lequel) ?
- ☞ Avez-vous été traité ou hospitalisé pour dépression nerveuse ?
- ☞ Avez-vous suivi une de désintoxication (alcool, drogue,...) ?
- ☞ Avez-vous été suivie médicalement pour une maladie immunitaire ou pour une maladie virale entraînant un désordre immunitaire ?
- ☞ Avez-vous autre chose à signaler concernant votre état de santé ?

NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI

NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI

NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI

→ **TRAITEMENTS :**

- ☞ Avez-vous pris régulièrement des médicaments ?
- ☞ Prenez-vous actuellement des médicaments ?
Si oui lesquels et pour quelle affection ?

NE SAIT PAS - NON - OUI
 NE SAIT PAS - NON - OUI

- ☞ Avez-vous les 5 dernières années été en arrêt de travail pendant plus de un mois ?
Si oui, pour quel motif ?

NE SAIT PAS - NON - OUI

Je certifie sur l'honneur de rien avoir dissimulé de mes antécédents ; cette déclaration engage ma responsabilité et toute fausse déclaration intentionnelle serait susceptible de faire annuler mon aptitude médicale.

A,.....Le.....

Signature

