

**RECRUTEMENT DES BENEFICIAIRES DE
L'OBLIGATION D'EMPLOI PAR LA VOIE
CONTRACTUELLE**

(Décret 95.979 du 25 août 1995 modifié)

SESSION 2025

DOSSIER DE CANDIDATURE

Recrutement pour lequel vous vous inscrivez (**Cochez obligatoirement une et une seule de ces cases**) :

- IGE - BAP D - « Ingénieur-e d'études en production, traitement, analyse de données et enquêtes »
- ADT - BAP B – « Préparateur-trice en chimie et sciences physiques »
- ADT - BAP G – « Opérateur-trice logistique »

*N.B. : Remplir 1 seul dossier par recrutement (quel que soit le nombre de postes ouverts par recrutement).
Si vous souhaitez candidater à plusieurs recrutements, vous devez remplir autant de dossiers que de recrutements.*

Ce dossier **complet** (imprimé en recto simple) est à **envoyer par voie postale** au plus tard le **30 avril 2025**, **cachet de la poste faisant foi** à :

Université de Bordeaux
Pôle AGRH - Service des recrutements – Domaine du Haut-Carré - Bât. C4
351, cours de la Libération – CS 10004
33405 TALENCE Cedex

IMPORTANT

Tout dossier portant un cachet de la poste postérieur au 30 avril 2025 entrainera le rejet de la candidature.

ETAT CIVIL (à compléter en lettres capitales) :

M.

Mme

NOM DE FAMILLE:.....

NOM D'USAGE:.....

Prénom :.....

Date de naissance :.....

Nationalité : Française En cours d'acquisition

Ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'espace économique européen :
Précisez le pays :

Autre : Précisez :

POUR TOUTE COMMUNICATION RELATIVE AU RECRUTEMENT :

ADRESSE :
.....
CODE POSTAL : VILLE :
Téléphone :
Adresse électronique :

SITUATION DE FAMILLE :

NOMBRE D'ENFANTS : DONT A CHARGE :

Y'A-T-IL DES AMENAGEMENTS LOGISTIQUES à prévoir pour l'organisation de l'épreuve orale d'admission ?

- Accompagnement d'un traducteur en langue des signes**
- Temps supplémentaire **: 1/3 ou 1/4 ou 1/5
- Accessibilité aux locaux – Précisez :
- Autre : Précisez :

****Aménagements justifiant un CERTIFICAT MÉDICAL (cf imprimé en page 7)**

Ce certificat médical ne peut être complété que par un médecin agréé.

La liste des médecins agréés est consultable auprès des agences régionales de santé, des préfetures et des universités.

Les aménagements sont accordés aux candidats qui en font la demande par le médecin agréé en fonction de la nature de leur handicap. L'aménagement des épreuves doit permettre aux candidats concernés de concourir dans des conditions identiques aux autres candidats, sans que cela leur octroie un avantage de quelque nature que ce soit, conformément au principe d'égalité dans le déroulement des épreuves.

Les aménagements les plus couramment accordés sont les suivants pour une épreuve orale (cette liste n'est pas limitative mais les aménagements demandés doivent être réalisables par les services organisateurs des épreuves) :

- assistance (traducteur en langues des signes...);
- locaux (accessibilité spécifique, composition dans une salle préparée, siège ergonomique, table compatible avec un fauteuil roulant...);
- gestion du temps (temps supplémentaire jusqu'au 1/3 temps...).

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT, en complément du présent dossier, avant la date limite d'envoi (30/04/2025) :

- Lettre de motivation
- Curriculum Vitae détaillé (précisant notamment niveau d'études, formations éventuellement suivies, emplois occupés)
- Copie recto-verso de la carte nationale d'identité en cours de validité (à défaut : passeport)
- Imprimé joint ci-après (page 6) à remplir en vue de la demande par l'administration du bulletin n°2 du casier judiciaire
- une photocopie de l'attestation de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) ou tout autre document permettant d'établir l'appartenance à l'une des catégories de BOE
- la photocopie des diplômes

PIECES A JOINDRE FACULTATIVEMENT, en complément du présent dossier, avant la date limite d'envoi (30/04/2025) :

- si 3 enfants et plus : copie du livret de famille pour justifier de la dispense de diplôme
- **si et seulement si** demande d'aménagement d'épreuve : certificat médical établi par un médecin agréé

Je, soussigné (e),

NOM :	Date et lieu de naissance :
Prénoms :	
N° Tél. personnel :	N° Portable :
Adresse personnelle :	

reconnu travailleur handicapé par la commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées en date du

Ou

victime d'accident du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10p.100 et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de toute autre régime de protection sociale obligatoire ;

Ou

titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;

Ou

titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;

Ou

titulaire de la carte d'invalidité définie à l'article L241-3 du code de l'action sociale et des familles ;

Ou

titulaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)

présente sa candidature, au titre de l'obligation d'emploi, à un emploi de :

.....

A..... le

Signature du postulant

Je soussigné(e)
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier et sollicite mon inscription sur la liste des candidats admis à prendre part au recrutement au titre des Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi.

Je m'engage à fournir au service compétent les pièces justificatives à la constitution définitive de mon dossier.

Je déclare, en outre, avoir été prévenu(e) que toute déclaration inexacte de ma part entraînerait l'annulation de mon succès éventuel au recrutement.

Fait à : le :

Signature du candidat précédée de la mention "**Lu et approuvé**"

**INFORMATIONS NÉCESSAIRES À LA DEMANDE D'EXTRAIT B2
DE VOTRE CASIER JUDICIAIRE**

Il vous appartient de compléter avec soin et précision les mentions d'état civil relatives à vos nom, prénoms, date de naissance, ainsi qu'aux nom et prénoms de vos père et mère.

VOTRE NOM :

VOS PRÉNOMS :

VOTRE NOM D'ÉPOUSE (s'il y a lieu) :

VOTRE DATE DE NAISSANCE :

VOTRE LIEU DE NAISSANCE : N° DE DÉPARTEMENT :

SEXE : masculin féminin

PRÉCISEZ SI VOUS ÊTES NÉ(E) :

EN FRANCE

Indiquez votre **département** de naissance :
et le numéro du département (**2 chiffres**) :

Indiquez votre **commune** de naissance :

NB : ces éléments figurent sur votre carte nationale d'identité

À L'ÉTRANGER

Indiquez votre pays de naissance :

Indiquez votre ville de naissance :

NOM DE VOTRE PÈRE :

PRÉNOM DE VOTRE PÈRE :

NOM DE JEUNE FILLE DE VOTRE MÈRE :

PRÉNOM DE VOTRE MÈRE :

CERTIFICAT MEDICAL en cas de demande d'AMENAGEMENT D'EPREUVE

Ce certificat médical ne peut être complété que par un médecin agréé

Je, soussigné(e), docteur....., médecin agréé par
l'administration, certifie que le handicap de M. / Mme (NOM, prénom)

.....
demeurant au justifie
l'attribution d'aménagement(s) lors de l'entretien de recrutement de personnels bénéficiaires de l'obligation
d'emploi par la voie contractuelle.

**Aménagement logistique à prévoir par le service organisateur du recrutement pour l'épreuve orale
de sélection :**

Temps supplémentaire : 1/3 ou 1/4 ou 1/5

Assistance :

moyen de transcriptions des données (traducteur en langues signalétiques, ...)

Préciser :

autre :

Fait à :, le

Signature et cachet du médecin agréé :