



FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX ÉPREUVES DE SÉLECTION  
CANDIDATURE **EXTERNE** : FONCTION CIVILE  
(CADRE ADMINISTRATIF ET LOGISTIQUE (**CALog**))

Cadre réservé DPRS : FI-EXT-CALOG S/G/P

À REMPLIR EN MAJUSCULES, UN SYMBOLE PAR CASE

**CANDIDATURE** (Vous pouvez postuler pour une fonction civile d'un niveau inférieur à celui de votre diplôme)

Fonction

N° de référence  F ☐ N ☐ G ☐ Langue pour les épreuves

**ATTENTION** : Seuls les dossiers complets dès la réception seront pris en compte.

**IDENTITÉ**

N° registre national

Figure notamment au verso de la carte d'identité.

Nom

Pour les femmes mariées, nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance  /  /  Nationalité

Lieu de naissance Ville  Pays

État civil  Sexe: H ☐ F ☐ X ☐

**ADRESSE ET CONTACT** (Veuillez nous communiquer d'urgence par écrit toute modification.)

Rue

N°  Bte  Code postal

Commune

Pays

Tél. privé  Gsm

Tél. bureau

E-mail

Attention à écrire lisiblement votre adresse mail, qui sera utilisée pour certaines communications

Vous pouvez recevoir du courrier par e-mail et par la poste. Nous vous recommandons de contrôler régulièrement votre boîte de réception (ainsi que celle du courrier indésirable).

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

N° permis de conduire  Catégorie(s) ☐ ☐ ☐

Niveau du diplôme le plus élevé

Orientation/intitulé du diplôme

Passez à la page suivante

## SI VOUS TRAVAILLEZ DÉJÀ À LA POLICE

|                     |                          |                         |  |  |                     |  |  |  |                      |   |   |                          |                          |  |  |   |                          |             |  |  |  |                          |            |  |  |  |
|---------------------|--------------------------|-------------------------|--|--|---------------------|--|--|--|----------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|--|--|---|--------------------------|-------------|--|--|--|--------------------------|------------|--|--|--|
| Corps/Direction     | <input type="text"/>     |                         |  |  |                     |  |  |  |                      |   |   |                          |                          |  |  |   |                          |             |  |  |  |                          |            |  |  |  |
| N° ZP/CodeU         | <input type="text"/>     |                         |  |  | N° d'identification |  |  |  | 4                    | 4 | - | <input type="text"/>     |                          |  |  | - | <input type="text"/>     |             |  |  |  |                          |            |  |  |  |
| Catégorie           | <input type="checkbox"/> | Fonctionnaire de police |  |  |                     |  |  |  |                      |   |   | <input type="checkbox"/> | CALog                    |  |  |   | <input type="checkbox"/> | Contractuel |  |  |  | <input type="checkbox"/> | Statutaire |  |  |  |
| Cadre actuel/niveau | <input type="checkbox"/> |                         |  |  | Officier/Niv. A     |  |  |  |                      |   |   |                          | <input type="checkbox"/> |  |  |   | Moyen/Niv. B             |             |  |  |  |                          |            |  |  |  |
|                     | <input type="checkbox"/> |                         |  |  | Base/Niv. C         |  |  |  |                      |   |   |                          | <input type="checkbox"/> |  |  |   | Agent/Niv. D             |             |  |  |  |                          |            |  |  |  |
| Rue                 | <input type="text"/>     |                         |  |  |                     |  |  |  |                      |   |   |                          |                          |  |  |   |                          |             |  |  |  |                          |            |  |  |  |
| N°                  | <input type="text"/>     |                         |  |  | Bte                 |  |  |  | <input type="text"/> |   |   |                          | Code postal              |  |  |   | <input type="text"/>     |             |  |  |  |                          |            |  |  |  |
| Commune             | <input type="text"/>     |                         |  |  |                     |  |  |  |                      |   |   |                          |                          |  |  |   |                          |             |  |  |  |                          |            |  |  |  |

### Documents éventuels

N'oubliez pas de joindre au dossier d'inscription une copie des attestations vous dispensant de tout ou partie des épreuves de sélection et/ou de la formation !\*

Date

Signature  
du candidat

### Le dossier d'inscription complet se compose des documents suivants :

- ☐ le présent formulaire d'inscription dûment rempli;
- ☐ une copie du diplôme le plus élevé\* correspondant au moins aux exigences (de niveau) de la fonction sollicitée;
- ☐ un extrait du casier judiciaire récent (moins de trois mois);
- ☐ un C.V. et une lettre de motivation;
- ☐ les copies éventuelles d'autres documents demandés dans l'annonce liée à l'emploi;
- ☐ éventuellement, une copie de l'attestation de réussite de l'épreuve d'aptitudes cognitives ainsi que de participation à l'épreuve de personnalité;
- ☐ une copie de la carte d'identité;
- ☐ si nécessaire, une copie du permis de conduire.

### Dans le contexte de cette candidature:

- ☐ Le cas échéant, je m'engage à envoyer un extrait de casier judiciaire dans les 7 jours;
- ☐ Je suis d'accord qu'un contrôle sera effectué.
- ☐ Je déclare avoir pris connaissance de la « Déclaration et politique de respect de la vie privée de la Direction du personnel de la Police Fédérale » reprise dans les documents de la présente offre d'emploi.

### Le dossier d'inscription est à renvoyer à l'adresse suivante :

#### Par e-mail:

DSU.Pers.HRM@police.belgium.eu

\* Avant de participer aux épreuves, lisez attentivement le règlement de la sélection, que vous trouverez sur [www.jobpol.be](http://www.jobpol.be)

**Merci de sélectionner, dans le tableau ci-dessous, la catégorie à laquelle vous appartenez, et d'accompagner ce formulaire d'une attestation adéquate.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Etes-vous enregistré(e) en tant que personne handicapée auprès de l' "Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées" anciennement le "Fonds national de reclassement social des handicapés" ?</p> <p>à la "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap", anciennement le " Vlaams Fonds voor Personen met een Handicap" ou "Fonds national de reclassement social des handicapés" ?</p> <p>au "Service Bruxellois Francophone des Personnes handicapées" (PHARE) anciennement le "Fonds national de reclassement social des handicapés" ?</p> <p>à la "Dienststelle für Personen mit Behinderung" anciennement le "Fonds national de reclassement social des handicapés" ?</p> | <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> |
| <p>2. Bénéficiez-vous d'une allocation de remplacement de revenus ou d'une allocation d'intégration, sur base de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                    |
| <p>3. Etes-vous en possession d'une attestation délivrée par la Direction Générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale pour l'octroi des avantages sociaux et fiscaux ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                    |
| <p>4. Suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, pouvez-vous certifier d'une incapacité de travail permanente d'au moins 66 % par une attestation du Fonds des Accidents du Travail, du Fonds des Maladies professionnelles ou du service médical compétent ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                    |
| <p>5. Suite à un accident de droit commun, pouvez- vous certifier d'une incapacité permanente d'au moins 66 % à la suite d'une décision judiciaire ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                    |
| <p>6. Etes-vous en possession d'une attestation de reconnaissance en invalidité délivrée par votre organisme assureur ou par l'INAMI ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                    |
| <p>7. L'aide d'une tierce personne vous a-t-elle été reconnue nécessaire par l'Institut national d'assurance maladie invalidité, par le Fonds des accidents de travail ou par le Fonds des maladies professionnelles ou par tout autre service compétent ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                    |
| <p>8. Etes-vous en possession d'une attestation délivrée par la Direction Générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale mentionnant une perte d'autonomie d'au moins douze points ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                    |
| <p>9. Autre : êtes-vous en possession d'une attestation de reconnaissance de votre handicap <u>non reprise dans la liste ci-dessus</u> ?</p> <p>Si oui, veuillez spécifier le type d'attestation. Par exemple : attestation d'un spécialiste, d'une institution universitaire (difficultés d'apprentissage), de reconnaissance d'une perte d'autonomie de 6 ou 7 points, attestation étrangère,...</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                    |
| <p>10. Pourriez-vous si nécessaire joindre l'attestation de reconnaissance de votre handicap ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                    |

Souhaitez-vous bénéficier d'un aménagement des épreuves de sélection ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, dans quelle mesure ?

.....

.....

.....

.....