

## DEMANDE D'ENGAGEMENT.

Je soussigné(e)

NOM : ..... Prénoms : .....

NOM marital (*éventuellement*) : .....

Situation familiale (3) : marié – divorcé – Autre ..... Enfant(s) à charge (nombre) : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Domicile : .....

N° de téléphone : .....

N° INSEE : ..... N° identifiant défense : .....

demande à souscrire un engagement en qualité de militaire infirmier et technicien des hôpitaux des armées dans la spécialité suivante (1) : .....

pour une durée de ..... ans à compter du .....

en vue de servir dans l'une des affectations suivantes (2) :

- 1 - .....
- 2 - .....
- 3 - .....
- 4 - Affectation qui me sera donnée sur tout le territoire métropolitain.

A défaut d'acceptation de ma demande, je désire que (3) :

- mon dossier soit conservé en instance pendant une durée de 6 mois ;
- mon dossier soit classé sans suite et retransmis.

Diplômes, brevets ou certificats d'aptitude joints à la présente demande :

- .....  
- .....  
- .....

Situation professionnelle :

Etre employé(e) (3) : en milieu privé – en milieu public

Si milieu public (3) : en activité – en disponibilité – en détachement – Autres .....

Ne pas pouvoir quitter mon emploi sans un préavis de : .....

Je déclare sur l'honneur :

- être de nationalité française ;
- n'avoir jamais été condamné(e) et ne pas faire l'objet de poursuites ;
- être à jour au regard du service national (JAPD, service national, exempté...)

Fait à ....., le.....

(Signature du candidat)

IFSI (date et lieu, à préciser) .....

Comment avez-vous connu le Service de Santé des Armées ? :

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presse                                    | <input type="checkbox"/> Famille/ami        | <input type="checkbox"/> Centre de recrutement des forces Armées (CIRFA) |
| <input type="checkbox"/> Site internet du SSA                      | <input type="checkbox"/> Site infirmier.com | <input type="checkbox"/> Autre(s) site(s).....                           |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) .....                  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Salon paramédical (date, à préciser)..... |   |  |

(1) Spécialité (infirmier, laborantin, ...).

(2) Mentionner obligatoirement trois choix d'affectation par ordre de préférence.

(3) Rayez la ou les mentions inutiles.

## Liste des pièces à fournir par le candidat

-----

1. Fiche de renseignements complémentaires, imprimé n°621-4\*/102.
2. Photocopie de la carte nationale d'identité.
3. Copie de l'acte de naissance
4. Photocopie du livret de famille ou de toutes pièces justifiant la situation de famille.
5. Un curriculum vitae.
6. Une lettre de motivation ou **pour les militaires** une demande manuscrite avec avis hiérarchiques.
7. Photocopie des originaux des titres professionnels détenus certifiée dont la conformité à l'original est certifiée par l'intéressé.
8. Certificats médicaux et questionnaire médico-biographique d'aptitude initiale. Le candidat doit prendre contact avec un médecin des armées pour établir les certificats demandés.
9. Photocopie de la carte vitale.
10. Photocopie du certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense pour les candidats âgés de moins de 25 ans et nés après le 31 décembre 1979, et pour les candidates âgées de moins de 25 ans et nées après le 31 décembre 1982 ou à défaut, de l'attestation de recensement.
11. Quatre photographies d'identité récentes.
12. Une attestation du candidat certifiant qu'à la date prévue pour la signature du contrat, il sera libre de tout engagement.
13. Inscription au Répertoire ADELI.

Eventuellement:

14. Une photocopie du titre de pension de retraite pour les veuves de militaire, non remariées et âgées de plus de 41 ans ou pour les anciens militaires retraités.
15. Consentement du représentant légal conforme à l'imprimé n°621-4\*/103 ou la copie de l'acte d'émancipation, suivant le cas, pour un mineur.
16. Photocopie de la carte du service national pour les candidats de sexe masculin et pour les candidates ayant accompli le service national féminin.
17. Photocopie de l'état signalétique et des services pour les candidats ayant accompli des services militaires en qualité de militaire engagé ou de carrière.

Pour un candidat en position de détachement :

18. Une lettre d'accord de l'établissement d'origine.
19. Le dernier arrêté d'échelon.

Dossier à transmettre à :

**Service de Santé des Armées**  
**Département de Gestion des Ressources Humaines (DGRH)**  
**Bureau recrutement**  
**Section MITHA**  
**Case 163**  
**Fort Neuf de Vincennes**

**Cours des Maréchaux**  
**75614 PARIS CEDEX 12**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES  
CONCERNANT UN CANDIDAT A L'ENGAGEMENT.**

**I. Expérience professionnelle antérieure.**

Période du	au	Emploi	Employeur

**II. Situation antérieure dans la fonction publique, dans une collectivité locale ou dans un établissement d'hospitalisation public.**

Employeur :

Dernier emploi tenu :

Dernier grade détenu :

Echelon :

Date de prise de rang dans l'échelon :

**III. Services militaires accomplis.**

1° *Service national légal (ou service féminin) du* \_\_\_\_\_ *au* \_\_\_\_\_

Emploi tenu :

Dernière affectation :

2° *Services accomplis en qualité de militaire sous contrat ou de carrière :*

Durée des services :

Grade détenu :

Echelle de solde :

Dernière affectation

Motif de l'interruption de service :

3° *Services accomplis au titre de la réserve :*

Date de recrutement :

Armée d'appartenance (SSA, Terre, Marine, Air, Gendarmerie) :

4° *Pour les titulaires d'une pension ou d'une solde de retraite, indiquer le numéro du titre de pension.*

**CONSENTEMENT À UN ENGAGEMENT  
AU TITRE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES**

Je soussigné (e) <sup>(1)</sup> :

demeurant à \_\_\_\_\_ département : \_\_\_\_\_  
n° : \_\_\_\_\_ rue : \_\_\_\_\_  
code postal : \_\_\_\_\_ ville : \_\_\_\_\_

déclare en ma qualité de père - mère - tuteur - adoptant - titulaire de la garde judiciaire (2)  
de <sup>(3)</sup>

né (e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

donner mon consentement à son engagement au titre du Service de santé des armées pour une durée  
de : \_\_\_\_\_

Je prends connaissance que son engagement pourra être :

- annulé sur décision de l'autorité militaire à tout moment s'il s'avère que l'acte d'engagement est entaché d'irrégularité ;
- dénoncé avant la fin de la période probatoire de six mois renouvelable une fois, comptée du jour de la prise d'effet du contrat d'engagement, si l'intéressé (e) ne présente pas les aptitudes exigées pour l'exercice de la fonction ;
- dénoncé sur sa demande pendant cette même période probatoire ;
- résilié pour un des motifs cités à l'article L.4139-14 du code de la défense ;
- résilié sur sa demande déposée dans les trente jours suivant son dix-huitième anniversaire.

Dans une telle éventualité survenue avant le trentième jour suivant sa majorité, je demande à être averti par écrit de l'annulation, de la dénonciation ou de la résiliation du contrat.

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

(Signature.)

-----  
**(1)** Nom en lettres capitales et prénoms.

**(2)** Rayer les mentions inutiles.

**(3)** Nom en lettres capitales et prénoms du candidat à l'engagement.

