

DOSSIER DE PRISE EN CHARGE
NORMALIENS ELEVES ISSUS
DES CONCOURS 2022

Vous avez été admis·e au concours d'entrée à l'Ecole normale supérieure Paris-Saclay et nous vous en félicitons. Vous deviendrez donc, au 1er septembre 2022, élève fonctionnaire stagiaire, ce qui vous ouvre certains droits et vous soumet à certaines obligations. Nous vous invitons, pour en prendre connaissance, à consulter la note destinée aux nouveaux normaliens.

Pour permettre le versement de votre rémunération, vous devez adresser à la Direction des ressources humaines, les pièces obligatoires à la constitution du dossier de prise en charge (tous les documents demandés sont obligatoires et doivent être renseignés, datés et signés) **au plus tard le 19 août 2022**

→ par courrier électronique : recrutement.normaliens.drh@ens-paris-saclay.fr

La constitution de ce dossier ne vous dispense pas de la procédure d'inscription. Vous devez vous inscrire administrativement en suivant les consignes présentes sur le site internet <https://ens-paris-saclay.fr/admission/inscription-et-reinscription> en respectant le calendrier. Les normaliens fonctionnaires stagiaires n'ayant pas finalisé leur inscription **avant le 31 octobre 2022**, se verront suspendre leur rémunération.

**TOUTE PIÈCE MANQUANTE RETARDERA
LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE TRAITEMENT**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS pour REMUNERATION PRINCIPALE

À compléter en Lettres Capitales

CONCOURS

☐ 1ère année

☐ Second concours : Intitulé

Département d'enseignement (si connu) :

IDENTIFICATION

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme (information pour report dans le système d'information)

Nom de Naissance :

Nom d'usage :

Prénom (s) :

Prénom d'usage le cas échéant :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° de Sécurité Sociale :

Clé :

Nationalité :

Adresse personnelle (en France) :

Code postal :

Ville :

Courriel Personnel :

Numéro de téléphone personnel :

SITUATION FAMILIALE (joindre les justificatifs)

Situation Familiale :

Contact en cas d'urgence :

Nom et Prénom :

Numéro de téléphone :

Filiation:

Enfant(s) :

Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance de l'enfant

SITUATION UNIVERSITAIRE

Dernier établissement fréquenté :

N° étudiant INE :

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER

Pour tous, pièces à fournir impérativement :

- La fiche de renseignement dûment complétée
- Une copie lisible d'un pièce d'identité recto-verso (carte d'identité ou passeport)
- L'attestation sur l'honneur « fonction publique »
- La domiciliation bancaire remplie et signée
- Un RIB ou RIP ou RICE, lisibles (le nom de l'agent-e doit apparaître explicitement en cas de compte joint)
- Une copie lisible de la carte vitale
- La demande de remboursement forfaitaire des cotisations de protection sociale complémentaire santé
- Le respect de l'engagement décennal
- Imprimé de demande d'extrait de casier judiciaire
- Photo d'identité (inscrivez votre nom et prénom au dos)

Pour les ressortissants hors UE et EEE :

- copie du passeport avec page de visa, et du titre de séjour en cours de validité autorisant à travailler ou du récépissé de demande de titre de séjour en cours de validité délivré par la préfecture

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présents renseignements et m'engage à signaler à la DRH de l'ENS Paris-Saclay toute modification susceptible d'intervenir dans ma situation.

Date :

Signature :

Les informations recueillies à partir de ce formulaire sont strictement nécessaires à la prise en charge par l'ENS Paris-Saclay pour la gestion administrative et paie de votre dossier. Elles sont enregistrées et traitées par la Direction des Ressources Humaines, et transmises à l'agence comptable pour la seule finalité susmentionnée. Elles sont conservées pendant la durée nécessaire au traitement, puis dans les délais réglementaires. Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, d'un droit de rectification de ces données, ou de limitation de leur traitement. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de l'ENS Paris-Saclay (dpo@ens-paris-saclay.fr).

ATTESTATION SUR L'HONNEUR
1^{er} EMPLOI DANS LA FONCTION PUBLIQUE
À compléter en Lettres Capitales

Je soussigné-e

IDENTIFICATION

Nom de Naissance:

Nom d'usage :

Prénom (s) :

Prénom d'usage le cas échéant :

Admis-e au concours d'entrée à l'ENS Paris-Saclay, session 2022 certifie sur l'honneur être employé-e pour la première fois dans la fonction publique.

Fait à

Le

Signature :

DOMICILIATION BANCAIRE

Demande (1) :

☐ Domiciliation bancaire

☐ Changement de domiciliation bancaire

NOM :

PRÉNOM :

N° Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Clé :

--

A compter de la paye du mois de :

Je vous prie de bien vouloir virer à mon compte N° :

Ouvert chez (banque) :

Le montant intégral des rémunérations périodiques ou non périodiques qui me seront attribuées.

Pour les agent·e·s titulaires d'un compte joint, merci de bien vouloir préciser le prénom du·de la co-titulaire si vous portez le même nom

Vous trouverez ci-joint le relevé d'identité

☐

Bancaire

☐

Postal

Précisant les caractéristiques de cette domiciliation.

Fait à

Le

Signature :

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE
DES COTISATIONS DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE SANTE**

Décret n°2021-1164 du 8 septembre 2021

*Relatif au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir
les frais de santé des agents civils et militaires de l'Etat*

Document à compléter, dater et signer et à retourner à la Direction des Ressources Humaines accompagné d'une attestation émise par l'organisme de mutuelle auquel vous êtes rattaché-e.

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom(s)	
N° de sécurité sociale	
Entité d'affectation	

Personnel académique ☐ Personnel BIATSS ☐ Elève normalien.ne ☐

Je demande le remboursement forfaitaire des cotisations versées au titre d'un contrat de complémentaire santé :

Nom de l'organisme complémentaire	
-----------------------------------	----------------------

Titulaire du contrat de mutuelle

☐

Ayant-droit du contrat de mutuelle

☐

Si je suis ayant-droit, j'atteste sur l'honneur que le titulaire du contrat ne perçoit pas de remboursement de la part mutuelle pour ma couverture santé.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement tout changement de ma situation individuelle qui aurait pour conséquence de modifier mes droits au remboursement.

Date :

Signature de l'agent-e :

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PARTIELLE DE TRANSPORT

Texte de référence : Décret n° 2010-676 du 21 juin 2010

Date de début de prise en charge souhaitée :

Identification de l'agent-e :

NOM (en capitales) :

Prénoms :

N° de sécurité sociale :

Clé :

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Entité d'affectation à l'ENS Paris-Saclay:

Domicile habituel :

N° de la voie:

Rue, avenue, boulevard :

Commune : **Code Postal :**

Cochez la ou les case(s) correspondante(s) à votre situation :

- ☐ Agent-e résidant dans la zone de compétence des transports parisiens
- ☐ Agent-e résidant hors de la zone de compétence des transports parisiens

Lieu de travail :

N° de la voie :

Rue, avenue, boulevard :

Commune : **Code Postal :**

Arrêt, station ou gare desservant :

Votre domicile :

Votre lieu de travail :

Moyen(s) de transport utilisé(s) :

☐ SNCF ☐ RER ☐ METRO ☐ AUTOBUS RATP

(Cochez la ou les case(s) correspondante(s) à votre situation)

☐ Navigo : ☐ Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Annuelle

☐ Imagine R

Je déclare que :

- Mon transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail n'est pas assuré par l'administration
- Je ne suis pas logé-e par l'administration à proximité immédiate de mon lieu de travail
- Je ne bénéficie à aucun titre de la prise en charge des frais de transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail.
- Je ne bénéficie pas de l'aide relative au remboursement d'une partie de la carte « ImagineR » du conseil général du département.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail, ou les moyens de transports utilisés.

Date :

Date :

Signature du/de la responsable de l'entité
d'affectation

Signature de l'intéressé-e

Pièces à joindre :

- Photocopie de la carte Navigo recto-verso
- Justificatif original de chargement mensuel
- Attestation d'abonnement intégral (pour l'abonnement annuel)

FAUSSES DECLARATIONS : toute fausse déclaration est susceptible d'entraîner l'application des sanctions disciplinaires prévues au titre V du statut général des fonctionnaires, voire de sanctions pénales (loi n° 68-490 du 31 juillet 1968).

ENGAGEMENT DECENNAL

Je soussigné-e

Nom de Naissance :

Nom d'usage :

Prénom (s) :

Prénom d'usage le cas échéant :

Date de naissance :

Admis-e au concours d'entrée de l'Ecole normale supérieure Paris-Saclay (ENS Paris-Saclay) reconnais avoir pris connaissance de l'article 17, Décret N°2011-21 du 5 janvier 2011 relatif à l'Ecole normale supérieure Paris-Saclay et m'engage à :

→ Exercer une activité professionnelle durant 10 ans à compter du 1^{er} septembre 2022, tel que mentionné dans le décret susvisé ou à rembourser l'ENS Paris-Saclay le montant des sommes perçues en qualité d'élèves, tel que défini par l'arrêté du 6 juin 2014 fixant les modalités de remboursement des sommes dues par les élèves et les anciens élèves des Écoles normales supérieures en cas de rupture de l'engagement décennal ;

→ A informer, année par année, l'ENS Paris-Saclay de ma situation professionnelle à l'issue de ma scolarité à l'École et ce, jusqu'à la fin de mon engagement décennal.

Fait à

le (date) :

Signature :

Décret n° 2011-21 du 5 janvier 2011 relatif à l'Ecole normale supérieure Paris-Saclay

Article 17

Les élèves fonctionnaires stagiaires sont tenus d'exercer une activité professionnelle durant dix ans comptés à partir de leur entrée à l'école :

- 1° Dans les services d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, de leurs collectivités territoriales ou de leurs groupements, ou de leurs établissements publics ;
- 2° Ou dans une entreprise du secteur public d'un Etat visé au 1° ;
- 3° Ou dans les services de l'Union européenne ou d'une organisation internationale gouvernementale ;
- 4° Ou dans une institution d'enseignement supérieur ou de recherche.

Cet engagement est calculé pro rata temporis pour les élèves ayant acquis la qualité de fonctionnaire stagiaire en cours de scolarité.

Arrêté du 6 juin 2014 fixant les modalités de remboursement des sommes dues par les élèves et anciens élèves des écoles normales supérieures en cas de rupture de l'engagement décennal

Article 3

· Modifié par Décision n°383926 du 27 janvier 2016, v. init.

I. - En cas de rupture définitive de l'engagement décennal, le montant de la somme à rembourser est égal au total des traitements nets perçus par l'élève ou l'ancien élève pendant toute la durée de sa scolarité. Ce total est affecté d'un coefficient tenant compte du temps de service accompli par rapport à la date de rupture de l'engagement décennal.

Les traitements perçus incluent :

1° Le traitement indiciaire annuel net ;

Ces traitements sont entendus nets, c'est-à-dire déduction faite des cotisations salariales opérées au titre de la sécurité sociale et au compte d'affectation spéciale pour la constitution du droit à pension civile.

II. - La somme à rembourser s'exprime par la formule $S = E \times n / 120$ dans laquelle :

1° S est la somme à rembourser ;

2° E, le total des traitements nets perçus ;

3° n, le nombre de mois restant à courir jusqu'à la fin de l'engagement décennal ;

4° 120 (12 mois $\times$ 10 ans), la période décennale à accomplir.

Les périodes de congé sans traitement n'interviennent pas dans le calcul du temps de service dans un emploi permettant le respect de l'engagement décennal.

Article 4

Le montant de la somme à rembourser est arrêté par le directeur ou le président de l'école dont dépend l'élève ou auprès de laquelle l'ancien élève a effectué sa scolarité.

Ce montant fait l'objet d'un titre de recettes, assigné sur la caisse de l'agent comptable de l'établissement concerné. Son recouvrement est poursuivi comme les autres créances de l'établissement.

DEMANDE D'EXTRAIT DE CASIER JUDICIAIRE

À compléter en Lettres Capitales

L'extrait de casier judiciaire (bulletin n°2) est un document obligatoire à votre installation en qualité de fonctionnaire.

IDENTIFICATION

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme (information pour report dans le système d'information)

Nom de Naissance :

Nom d'usage :

Prénom (s) :

Prénom d'usage le cas échéant :

Date de naissance :

Ville de naissance :

Code postal ville de naissance :

Le cas échéant (Paris, Lyon), arrondissement de naissance :

Pour les personnes nées à l'étranger

Représentant légal n°1 :

Nom :

Prénom :

Filiation :

Représentant légal n°2 :

Nom :

Prénom :

Filiation :