



# DOSSIER ADMINISTRATIF des candidat(e)s à l'intégration directe (arrivée E.N.M. le 5 octobre 2020)

**NOM :** .....

**PRÉNOMS :** .....

## **IMPORTANT**

Ce dossier administratif est à remplir avec le plus grand soin et **lisiblement**. Les informations contenues pouvant revêtir une grande importance dans le versement des diverses prestations auxquelles vous pourriez prétendre (professionnelles, sociales ou indemnitaires).

Pour ce faire vous devez nous le retourner, accompagné des pièces justificatives demandées, **impérativement et par courrier avant le 28 août 2020** à l'adresse suivante :

**ÉCOLE NATIONALE de la MAGISTRATURE**  
Service des Ressources Humaines  
Pôle Elèves – Candidat à l'intégration directe  
10 rue des Frères Bonie  
**33080 BORDEAUX cedex**

**Renvoyez le dossier, même s'il est incomplet, en listant les documents manquants que vous nous adresserez par la suite.**

## SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES (SRH)

Traitement et Administratif

[poleeleve.enm@justice.fr](mailto:poleeleve.enm@justice.fr)  
☎ 05.56.00.10.27 ou 05.56.00.10.29 ou  
05.56.00.10.34

## DOSSIER ADMINISTRATIF

**NOM :** ..... **PRÉNOMS :** .....

**NOM MARITAL :** .....

**NOM D'USAGE :** .....

*Il est précisé que le nom d'usage choisi ne pourra pas être retenu par la trésorerie générale de la Gironde **s'il ne correspond pas** à la dénomination figurant sur le relevé d'identité bancaire ou postale.*

**ADRESSE PERSONNELLE :** .....

.....  
.....

**SITUATION FAMILIALE :** .....

*Célibataire - marié(e) - divorcé(e) - pacsé(e) – concubinage – veuf (ve)*

**NOMBRE D'ENFANT(S) A CHARGE :** .....

**N° TEL PORTABLE :** .....

**COURRIEL PERSONNEL :** .....

**Si vous êtes militaire, souhaitez-vous conserver la C.N.M.S.S. :** oui  non

### **PERSONNE à PREVENIR en CAS d'ACCIDENT :**

Nom et prénom :

Numéro de téléphone :

Lien de parenté :

## I - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET PROFESSIONNELS

 PROFESSION(S) ou QUALITÉ(S) avant votre entrée à l'E.N.M.

**À remplir obligatoirement**

.....  
.....  
.....

**Merci d'entourer le statut correspondant à votre situation :** étudiant - fonctionnaire titulaire - fonctionnaire stagiaire – contractuel (agent de droit public) – salarié du privé - assistant de justice - demandeur d'emploi - avocat - maître d'internat – chargé(e) de T.D. - allocataire de recherche - A.T.E.R - autres (à préciser).

### Cadre à compléter par tout fonctionnaire ou agent rémunéré sur un indice

**Grade :** ..... **Catégorie ou classe :** .....

**Echelon :** ..... **Date d'effet :** ..... **Indice Brut :** ..... **Indice majoré :** .....

**Date d'entrée dans la fonction publique en qualité de fonctionnaire stagiaire:**

.....

 EMPLOYEUR ou ADMINISTRATION D'ORIGINE

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Service chargé de votre situation administrative  
(avec coordonnées téléphoniques ou courriel)

.....

.....

Service chargé du paiement de votre traitement  
(avec coordonnées téléphoniques ou courriel)

.....

.....

 LIEU D'EXERCICE DE LA PROFESSION

.....

.....

## II - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

### DIPLOMES OBTENUS

À partir du Master

.....  
.....  
.....

### SERVICE NATIONAL

Effectué du ..... au .....

- Réformé
- Exempté
- Dispensé
- Date de la Journée d'Appel de Préparation pour la Défense (J.A.P.D.).

Pour les personnes qui ont effectué leur Service National :  
Bureau du Service National (B.S.N.) de rattachement - Adresse et n° de téléphone :

.....  
.....

Je soussigné(e), certifie exact tous les renseignements indiqués dans le présent dossier et déclare, en outre, n'exercer aucune autre activité rémunérée.

A..... le .....

SIGNATURE

### I - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

- 3 PHOTOCOPIES DE VOTRE ATTESTATION VITALE (et non de la carte vitale) ou tout autre justificatif indiquant **votre numéro personnel** de sécurité sociale.
  - 3 PHOTOCOPIES **lisibles et nettes**
    - DE VOTRE CARTE D'IDENTITE RECTO/VERSO POUR LES PERSONNES EN CONCUBINAGE SANS ENFANT OU CELIBATAIRE.
    - DE VOTRE LIVRET DE FAMILLE POUR LES PERSONNES MARIEES, SEPEAREES, DIVORCEES AVEC OU SANS ENFANT OU EN CONCUBINAGE AVEC ENFANT OU CELIBATAIRE AVEC ENFANT.
  - 3 RELEVES D'IDENTITE BANCAIRE – Format IBAN en originaux (pas de chèque « annulé »).
  - 1 PHOTOGRAPHIE D'IDENTITÉ récente et au format exigé pour les titres d'identité. (Pas de petite photo ou papier non rigide, ni de photo scannée). Mettre votre nom au dos de la photo.
  - 3 COPIES DU RECEPISSE DE LA DECLARATION DE PACS,
  - 2 COPIES DU JUGEMENT DE DIVORCE (pour la garde des enfants),
  - 1 COPIE DU CERTIFICAT de SCOLARITÉ pour les enfants de plus de 16 ans,
  - 1 COPIE DE LA CARTE d'INVALIDITE pour les enfants handicapés,
  - 1 JUSTIFICATIF de la situation professionnelle du conjoint (bulletin de paie, carte pôle emploi, carte d'étudiant,
  - 1 ATTESTATION à faire compléter par l'employeur du conjoint ou de l'ex-conjoint pour l'attribution du SUPPLÉMENT FAMILIAL de TRAITEMENT (formulaire joint dans le présent dossier), ou une attestation sur l'honneur qu'il n'exerce aucune activité salariée.
- L'E.N.M. verse le supplément familial de traitement à toute personne ayant au moins un enfant à charge. Seul l'un des parents peut percevoir cet avantage.*
- **A partir de 2 enfants uniquement**: attestation de paiement de la Caisse d'Allocation Familiale (CAF), **datée de moins de 3 mois, indiquant le nom des enfants à charge** pour lesquels le SFT est sollicité (disponible sur le site internet de la CAF).

## II - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET PROFESSIONNELS

### POUR LES FONCTIONNAIRES

- UNE COPIE DE VOTRE DEMANDE DE DÉTACHEMENT (*l'arrêté de détachement ne doit pas faire apparaître la date de fin du détachement mais seulement la mention « **pour la durée de votre scolarité à compter du 5 octobre 2020** »,*  
Lors de votre demande de détachement, il convient de solliciter simultanément votre réintégration à temps plein, dès lors que vous exercez votre activité à temps partiel ou si vous êtes placé(e) en congé parental, en disponibilité, en détachement.
- uniquement pour les fonctionnaires stagiaires ou agent de droit public (sous conditions) dans leur administration d'origine, UNE COPIE DE VOTRE DEMANDE DE CONGÉ SANS TRAITEMENT **à compter du 5 octobre 2020** adressée à votre administration ou LETTRE DE DEMISSION.
- UNE COPIE DE LA GRILLE INDICIAIRE de votre grade.
- UNE COPIE DE VOTRE DERNIER ARRÊTÉ portant élévation d'échelon.
- UNE COPIE DE VOTRE DERNIER BULLETIN de SALAIRE.

### POUR LES AVOCATS

- UNE COPIE DE VOTRE LETTRE D'OMISSION.
- UNE COPIE DE LA LETTRE D'ACCEPTATION DE VOTRE OMISSION PAR LE BARREAU.

### POUR LE SECTEUR PRIVÉ

- UNE COPIE DE VOTRE LETTRE DE DÉMISSION OU VOTRE DEMANDE DE CONGE SABBATIQUE.
- L'ATTESTATION (*original*) DE VOTRE EMPLOYEUR acceptant votre démission ou votre demande de congé sabbatique et précisant que vous ne serez plus rémunéré(e) **à compter du 5 octobre 2020**.
- UNE COPIE DE VOTRE DERNIER BULLETIN DE SALAIRE.

**POUR LES CATÉGORIES SUIVANTES** : assistant de justice - maître d'internat – chargé(e) de T.D. - allocataire de recherche - A.T.E.R. - autre.

■ UNE COPIE DE VOTRE LETTRE DE DÉMISSION.

■ UNE COPIE DE VOTRE DERNIER BULLETIN DE SALAIRE.

**POUR TOUTES LES CATEGORIES CITEES, CI-DESSUS, VEUILLEZ INFORMER LE SERVICE REMUNERATION DE VOTRE DEPART.**

### **POUR LES CANDIDATS INSCRITS AU CHÔMAGE**

■ VOUS POUVEZ RESTER INSCRIT(E) A POLE EMPLOI LE TEMPS DE VOTRE FORMATION.

### **III - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

■ UNE COPIE (OBLIGATOIRE) des DIPLOMES à PARTIR du MASTER.

■ UN ETAT SIGNALÉTIQUE des SERVICES MILITAIRES **ou** JUSTIFICATIF DE REFORME **ou** D'EXEMPTION **ou** DE DISPENSE (*les certificats de position ne seront pas retenus*).


■ UNE COPIE du CERTIFICAT INDIVIDUEL de PARTICIPATION à l'APPEL de PRÉPARATION à la DÉFENSE (pour les hommes nés après le 31 décembre 1979 et pour les femmes nées après le 31 décembre 1982).


■ UNE COPIE de la NOTIFICATION pour les candidats à l'intégration directe ayant la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (R.Q.T.H.).  
Le cas échéant se rapprocher du pôle médico-social.

# INFORMATIONS RELATIVES A VOTRE RÉMUNERATION


## I - REMUNERATION


 Vous percevrez **un traitement indiciaire** égal à l'**indice majoré 359** soit un montant brut mensuel au 1<sup>er</sup> février 2017 de : **1.682,28 €**

 **Indemnité de formation (ou de scolarité)**  
Cette indemnité est régie par l'article 2 du décret n°2012-683 du 7 mai 2012. Elle est allouée mensuellement aux candidat(e)s à l'intégration directe pendant toute la durée de la formation à l'exception des périodes au cours desquelles ils perçoivent les indemnités de stage.  
Cette indemnité est actuellement de 321,00 € bruts par mois (proratisée).


 **Indemnité forfaitaire mensuelle (I.F.M.)** sous certaines conditions  
Cette indemnité est versée mensuellement aux candidat(e)s à l'intégration directe pendant la durée de leur formation. Le montant maximum est de **1.124,64 €** pour une période d'activités retenue d'au moins 12 ans.  
Pour en bénéficier, vous devez avoir exercé, avant d'accéder à l'Ecole nationale de la magistrature, une ou plusieurs activités professionnelles durant au moins trois années. Cependant, ne sont prises en compte que les périodes de travail d'au moins six mois, de manière continue, au service d'un même employeur.


### **Justificatifs d'activités professionnelles à fournir pour le calcul de l'I.F.M. :**

 **CERTIFICATS DE TRAVAIL** (traduit en français), mentionnant la date de début et la date de fin d'activité (*temps plein – temps partiel – fonctions exercées...*)

 **ÉTAT des SERVICES ACCOMPLIS** avant votre entrée à l'E.N.M. (*pour les fonctionnaires titulaires ou stagiaires*)

 **Nous vous informons que nous ne détenons pas les documents que vous avez fournis lors de votre candidature.**

 **Indemnité compensatrice (I.C.)**  
Cette indemnité concerne uniquement les fonctionnaires titulaires.  
Le traitement indiciaire augmenté de l'indemnité forfaitaire mensuelle peut être ainsi complété si ce total demeure inférieur au traitement indiciaire versé par votre administration d'origine. Le montant versé résulte de la différence entre les montants bruts de ces deux indices en tenant compte de l'I.F.M.

 Votre rémunération du mois d'octobre sera calculée uniquement sur la base de votre traitement indiciaire et de votre indemnité de formation. Le rappel des autres indemnités (IFM, IC, SFT) s'échelonnera les mois suivants à effet du **5 octobre 2020**.




## II - FRAIS de DÉPLACEMENTS

- Aucune prise en charge des frais de déplacements pour rejoindre l'Ecole ne sera assurée aux candidats à l'intégration directe pour le jour de la rentrée du **5 octobre 2020**.

## III - INDEMNITES DE STAGE

- D'un montant de 18,80 € par jour calendaire, l'indemnité de stage est une indemnité représentative de frais.  
Elle est versée, durant votre scolarité, pendant les périodes de stage.  
L'indemnité de formation et l'indemnité de stage sont exclusives l'une de l'autre.

 Elles font l'objet d'un montant à part de votre rémunération. Elles sont gérées et servies par le service financier de l'Ecole (agence comptable).


## IV - COMPTE ÉPARGNE - TEMPS (C.E.T.)

L'article 2 bis du décret n°2002-634 précise que les magistrats en formation, les magistrats stagiaires ainsi que les candidats à l'intégration directe, ne peuvent bénéficier d'un compte épargne-temps. Aussi le C.E.T. des candidat(e)s à l'intégration directe concerné(e)s est mis en veille durant leur scolarité.

## V - REMBOURSEMENT TRANSPORT DOMICILE -TRAVAIL

Le décret n°2010-676 du 21 juin 2010 prévoit que certains titres de transport pourront faire l'objet d'un remboursement partiel sous réserve de présentation de certains justificatifs bien précis. Cette prise en charge vaudra pour les abonnements contractés aussi bien dans le cadre de votre scolarité à Bordeaux, que dans le cadre de vos stages. Pour cette prise en charge, sont indispensables les éléments suivants :

- une demande individuelle sur le formulaire adéquat à télécharger sur le site de l'école – auditeur de justice –liens utiles et à compléter (à renouveler en cas de changement de trajet, de tarif ou de stage),
- un justificatif de paiement (échancier ou attestation de paiement fourni par le transporteur), **pas de relevé de compte bancaire**.
- une copie du titre de transport nous permettant d'identifier le titulaire de l'abonnement et de faire le lien entre les différents documents.

 les tickets journaliers et les titres de transports non identifiables ne peuvent pas être pris en compte et ne seront pas remboursés.

## VI - CERTIFICAT MÉDICAL d'APTITUDE aux FONCTIONS

Le certificat médical d'aptitude aux fonctions doit être obligatoirement établi par un médecin agréé dont vous trouverez la liste sur les sites de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.).

**En aucun cas vous ne devez régler la consultation au médecin** (conformément à l'arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes, article 3-1°). Ce dernier doit utiliser l'imprimé ci-joint « MÉMOIRE D'HONORAIRES » et nous le transmettre ou vous le remettre pour paiement.

***Tout certificat médical établi par un médecin, membre de la famille ou par un médecin non agréé ne pourra pas être pris en compte.***

***La non présentation de ce certificat vous empêchera de prêter serment.***



10 Rue des Frères Bonie  
33080 BORDEAUX Cedex  
TEL : 05.56.00.10.10

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES  
Pôle élèves  
Tél : 05.56.00.10.27 – 05.56.00.10.29 - 05.56.00.10.34

## DOSSIER MÉDICAL

### *Textes relatifs aux visites médicales préalables à l'accès à la fonction publique*

#### **Loi n° 83-634 du 13.7.1983**

##### **Article 5 :**

Nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire s'il ne remplit pas les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction, compte tenu des possibilités de compensation du handicap.

#### **Décret n° 86-442 du 14.3.1986**

##### **Titre II**

##### **Des conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics**

##### **Article 20 :**

Nul ne peut être nommé à un emploi public s'il ne produit à l'administration à la date fixée par cette dernière, un certificat médical délivré par un **médecin généraliste agréé** constatant que l'intéressé(e) n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées.

Au cas où le praticien de médecine générale agréé aurait conclu à l'opportunité d'un examen complémentaire, l'intéressé(e) est soumis à l'examen d'un médecin spécialiste agréé.

Dans tous les cas l'administration peut faire procéder à une contre-visite par un médecin spécialiste agréé pour vérifier que l'état de santé de l'intéressé(e) est bien compatible avec l'exercice des fonctions pour lesquelles il postule.

##### **Article 21 :**

Lorsque les conclusions du ou des médecins sont contestées soit par l'intéressé(e), soit par l'administration, le dossier est soumis au comité médical compétent.

##### **Article 23 :**

Lorsque le recrutement dans certains emplois s'effectue par la voie d'un établissement d'enseignement spécial, les examens médicaux prévus à l'article 20 doivent avoir lieu lors de l'admission dans cet établissement.

##### **Article 53 :**

Les honoraires et les autres frais médicaux résultant des examens prévus au présent décret et les frais éventuels de transport du malade examiné sont à la charge du budget de l'administration intéressée. Les tarifs d'honoraires des médecins agréés et les conditions de rémunération et d'indemnisation des membres des comités médicaux prévus au présent décret sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la fonction publique, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la santé.

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
**D'APTITUDE AUX FONCTIONS**  
**Candidat(e)s à l'intégration directe**

*Visite préalable à l'entrée dans le corps judiciaire en application de la loi n° 83-634 du 13.7.1983 (article 5-5°) portant droits et obligations des fonctionnaires, et des articles 20 à 23 du décret n° 86-442 du 14.3.1986 relatif notamment aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics.*

Je soussigné.....  
Docteur en médecine, **Médecin agréé, auprès de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.)** de  
.....  
certifie avoir examiné ce jour M. ....  
né(e) le.....  
candidat à un emploi de candidat(e) à l'intégration directe à l'ECOLE NATIONALE DE LA  
MAGISTRATURE  
et certifie que M. ....

- n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions postulées (1)
- est atteint(e) des infirmités ou maladies qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé(e) et qui ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées (1)
- doit être soumis(e) à l'examen complémentaire d'un spécialiste agréé en (1).....  
.....

Observations le cas échéant :

Fait à..... le .....

Certifié sincère  
Signature et cachet du praticien

Le médecin signataire est prié de bien vouloir placer le présent certificat sous pli cacheté et de le remettre au candidat examiné.

**(1) Cocher la ou les mentions utiles**

# MÉMOIRE D'HONORAIRES

*Arrêté du 3 juillet 2007 et notamment l'article 3 fixant les rémunérations des médecins agréés, généralistes et spécialistes en application de l'article 53 du décret 86-442 du 14 mars 1986*

Je soussigné.....

**Médecin agréé** auprès de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.) de .....

demeurant à .....

atteste avoir examiné le .....à la demande de

**L'Ecole nationale de la magistrature** 10, rue des Frères Bonie 33080 **BORDEAUX** cedex

M. ....

et arrête le mémoire des honoraires qui me sont dus à la **somme** de <sup>(1)</sup> .....

.....

n° de Siret .....

**Joindre impérativement un relevé d'identité bancaire ou postale**

Fait à..... le.....

**Cachet et signature du médecin**

(1) en chiffres puis en lettres

**Tout mémoire d'honoraires incomplet sera rejeté**

Mémoire d'honoraires à adresser à :

**ECOLE NATIONALE DE LA MAGISTRATURE  
Service des Ressources Humaines  
Pôle Elèves – Candidats à l'intégration directe  
10 rue des Frères Bonie  
33080 BORDEAUX Cedex**

**PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION**

Le présent mémoire est arrêté à la somme de .....

.....

**LE DIRECTEUR,**

**SUPPLÉMENT FAMILIAL  
DE TRAITEMENT**

**A T T E S T A T I O N**

(A COMPLÉTER, PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT, si besoin)

Je soussigné, (organisme, nom, qualité et adresse de l'employeur).....

.....  
.....  
.....  
.....

Atteste que Monsieur, Madame.....

Employé(e) en qualité de.....

Indice majoré (pour les fonctionnaires et agents de droit public).....

<b>PERÇOIT</b>	<b>NE PERÇOIT PAS</b>
----------------	-----------------------

**LE SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

Pour l'(es) enfant(s) :

Prénom	Date de naissance

Fait à ..... le .....

Cachet de l'employeur

Signature

# CERTIFICAT DE CESSATION DE PAIEMENT

## UNIQUEMENT POUR LES FONCTIONNAIRES

(A FAIRE COMPLÉTER, LE CAS ÉCHÉANT, PAR LE GESTIONNAIRE PAIE DE VOTRE ADMINISTRATION **DANS LE CAS OU CE CERTIFICAT NE POURRAIT ÊTRE DÉLIVRÉ ÉLECTRONIQUEMENT**)

NOM : .....

PRÉNOMS : .....

N° SECURITE SOCIALE : .....

ADMINISTRATION : .....

RÉSIDENCE ADMINISTRATIVE : .....

<b>TITULAIRE</b>	<b>STAGIAIRE</b>	<b>AUXILIAIRE</b>	<b>CONTRACTUEL</b>
------------------	------------------	-------------------	--------------------

*Rayer les mentions inutiles*

Grade : ..... Echelon : ..... Indice majoré : .....

Régime de retraite : .....

A été rémunéré(e) jusqu'au : .....

### TRAITEMENT

Traitement brut annuel : .....

Traitement net mensuel après retenues obligatoires de S.S. et pension : .....

Indemnité de résidence (Zone ) : .....

Prime de transport : .....

Supplément familial : .....

### RETENUES OBLIGATOIRES

Pension civile : .....

Sécurité sociale : .....

I.R.C.A.N.T.E.C. : .....

Cotisez-vous à la Préfon ? Oui  Non  Si oui : quelle classe ? .....

Etes-vous adhérent à la Mutuelle de la Justice ? Oui  Non

### RETENUES DIVERSES

*Joindre pièces justificatives*

- .....

- .....

### OBSERVATIONS

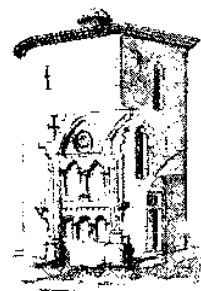
.....

Signature et Cachet

A..... le.....

**ASSOCIATION DU RESTAURANT  
ADMINISTRATIF DU FORT DU HA  
Ilôt Judiciaire**

11 rue du maréchal Joffre  
33000 BORDEAUX  
(05 47 33 91 35)  
Préf/Gironde 2/26571  
N° Siret 423 891 191



**Accès au restaurant administratif et à la cafétéria**

**BULLETIN D'ADHESION  
CANDIDAT(E)S A L'INTEGRATION DIRECTE**

Conformément à l'article 4 des statuts de l'Association approuvés 29 juin 2015 et aux articles 5 et 6 du règlement intérieur du 29 juin 2015, le présent bulletin devra être accompagné d'un chèque de 20 €uros ou 30 €uros libellé à ELIOR ENTREPRISES pour approvisionner votre compte.

L'accès des auditeurs de justice au RESTAURANT ADMINISTRATIF est autorisé à partir de 12 heures 30 et jusqu'à 14 heures. En cas de non respect de ces horaires, un tarif majoré, correspondant au tarif appliqué aux personnes extérieures, vous sera facturé.

**NOM :** .....

**PRÉNOM :** .....

**FONCTION :** Candidat(e) à l'intégration directe

**INDICE :** 359

**Lieu d'affectation :** E.N.M. BORDEAUX

**Je suis informé(e) que la délivrance du badge entraîne de plein droit l'adhésion à l'association.**

J'accepte d'adhérer

Je refuse d'adhérer

J'ai pris connaissance du règlement intérieur

Fait à .....

Le .....

Signature