



CONCOURS DE RECRUTEMENT DE TROIS CENT QUARANTE-ET-UN (341) ACDPCTD AU PROFIT DU MINISTERE DE LA SANTE
FICHE INDIVIDUELLE DE RECLAMATION OU DE COMPLEMENT DE PIECES

I- IDENTIFICATION DU CANDIDAT

NOM : _____ PRENOMS : _____

ADRESSE : _____ TELEPHONE : _____

PERSONNE HANDICAPEE : Oui Non Type de handicap : _____

II- RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

N° d'inscription sur la liste affichée : /_/_/_/_/_/

EMPLOI : N° d'ordre /_/_/ Intitulé : _____

Lieu de dépôt du dossier de candidature : _____

Lieu de composition choisi : _____

III- RECLAMATION

Dossier accepté

Erreur(s) constatée(s) : _____

Correction(s) sollicitée(s) : _____

Dossier rejeté Motif du rejet : _____

Fait à _____, le ____/____/2025

Signature du candidat :

Partie réservée à l'agent chargé de la réception du dossier

Pièces jointes :

Fiche d'inscription Lettre d'engagement quinquennal Acte de naissance Photocopie légalisée du Diplôme
Équivalence Authenticité Certificat de nationalité Extrait du casier judiciaire Certificat médical d'aptitude
Certificat médical précisant le type de handicap pour les personnes handicapés Quittance d'une valeur de 5000 FCFA
Certificat d'individualité Enveloppe timbrée (valeur du timbre 600 FCFA)

Observations:

Partie réservée à l'étude de la requête

REJET CONFIRME <input type="checkbox"/> MOTIF :	REJET SATISFAIT (ACCEPTÉ) <input type="checkbox"/>
--	---

Date : _____ Nom et Signature _____

Avis du contrôleur

REJET CONFIRME <input type="checkbox"/> MOTIF :	REJET SATISFAIT (ACCEPTÉ) <input type="checkbox"/>
--	---

Date : _____ Nom et Signature _____