

## DOSSIER D'EMBAUCHE

Comment remplir votre dossier d'embauche ?	Pages à compléter	Annexes vous concernant
➔ Vous êtes personnel administratif et technique (hors apprenti)	Pages 3 – 4 – 5	Annexes 1 – 2 – 3
➔ Vous être personnel enseignant, enseignant-chercheur, chercheur	Pages 3 – 4 – 5 – 6	Annexes 1 – 2 – 3
➔ Vous êtes apprenti	Pages 3 – 4	Annexes 3 – 4

Quels documents à transmettre avec votre dossier d'embauche ?	
➔ <b><u>Pièces OBLIGATOIRES nécessaires à l'installation administrative et financière :</u></b>	
<input type="checkbox"/> Pièce d'identité recto-verso ou passeport (en cours de validité) <input type="checkbox"/> Relevé d'identité bancaire (RIB) à votre nom et prénom. <i><b>A noter :</b> Pour des raisons réglementaires liées à la garantie de libération des paiements (GBCP), les comptes de type WISE, HELIOS et certains établissements financiers similaires ne permettent pas le versement des rémunérations. Il est donc obligatoire de fournir un RIB issu d'un établissement bancaire conforme aux exigences en vigueur.</i> <input type="checkbox"/> Attestation de sécurité sociale <input type="checkbox"/> Diplôme le plus élevé (et HDR, le cas échéant) <input type="checkbox"/> Copie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance du/des enfants ou de la transcription de la décision d'adoption <input type="checkbox"/> Justificatif situation familiale (mariage, concubinage, PACS, divorce, séparation, veuf) <input type="checkbox"/> Certificat de cessation de paiement (public) ou solde de tout compte (privé) <input type="checkbox"/> Titre de séjour ou visa (pour les ressortissants étrangers) <input type="checkbox"/> Mention RGPD à compléter et signer <input type="checkbox"/> Fiche de renseignements à compléter	
➔ <b><u>Pièces complémentaires à fournir selon votre situation personnelle :</u></b>	
Vous êtes concerné par la situation suivante :	Documents à joindre à votre dossier d'embauche
<b>Enfants à charge</b>	<input type="checkbox"/> Demande de Supplément Familial de Traitement ( <b>annexe 1 et/ou annexe 2</b> )
<b>Handicap</b>	<input type="checkbox"/> RQTH ou AAH et justificatif de pension d'invalidité
<b>Fonctions exercées dans le secteur public</b>	<input type="checkbox"/> Justificatifs de la carrière dans le secteur public (attestations de travail)
<b>Protection sociale complémentaire (mutuelle)</b>	Attestation de votre complémentaire santé pour la prise en charge partielle des cotisations ( <b>annexe 3</b> )
<b>Apprenti</b>	<input type="checkbox"/> Convocation au contrôle médical ( <b>annexe 4</b> )

## MENTION RGPD : DOSSIER D'EMBAUCHE + ANNEXES

L'Université Grenoble Alpes, responsable de traitement, collecte des données personnelles vous concernant nécessaires au traitement de la gestion administrative et paie liées à votre recrutement au sein de l'établissement. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, concernant ces données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter dgdrh-dgcp-dir@univ-grenoble-alpes.fr ou le délégué à la protection des données de l'établissement : dpo@grenet.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL.

- J'atteste avoir pris connaissance de la mention RGPD ci-dessus.*
- J'atteste avoir pris connaissance des informations contenues sur la page "Welcome" (lien en 1<sup>re</sup> page)*
- Je déclare sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements mentionnés sur la fiche de renseignement (pages 3,4 et 5).*
- Je m'engage à signaler également, tout changement de situation personnelle et/ou professionnelle tout au long de ma carrière.*

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**Signature de l'agent :**

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom d'usage<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Le nom d'usage sera utilisé pour la diffusion de toute information interne (listes électorales, arrêtés, paie ...), la création de l'adresse de messagerie, et doit être utilisé pour toutes les correspondances administratives professionnelles (en lien direct ou non avec l'UGA)

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_ Dpt : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Mail personnel (obligatoire, pour votre installation administrative) : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Domicile (en France) : \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Pour les agents nés à l'étranger :

*Dans la démarche de demande de casier judiciaire, nous avons besoin des éléments suivants :*

Nom du père : \_\_\_\_\_ Prénom du père : \_\_\_\_\_

Nom de naissance de la mère : \_\_\_\_\_ Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Domicile à l'étranger : \_\_\_\_\_

Arrivée en France le : \_\_\_\_\_

## SITUATION FAMILIALE

*Cocher la case correspondante :*

Célibataire :  Divorcé(e) :  depuis le \_\_\_\_\_

Concubinage :  depuis le \_\_\_\_\_ Veuf(ve) :  depuis le \_\_\_\_\_

Pacsé(e) :  depuis le \_\_\_\_\_ Séparé(e) :  depuis le \_\_\_\_\_

Marié(e) :  depuis le \_\_\_\_\_

Nom d'usage du conjoint/concubin : \_\_\_\_\_

Prénom du conjoint/concubin : \_\_\_\_\_

Nom de naissance du conjoint/concubin : \_\_\_\_\_

## ENFANTS

Avez-vous des enfants ?

Oui (fournir le livret de famille et se reporter aux annexes 1 et 2)

Non

## SITUATION MILITAIRE

Avez-vous effectué une carrière militaire ?

- Oui (*fournir un état signalétique et des services*)  
 Non

## DERNIÈRE SITUATION

- Employé(e) dans un établissement public (*fournir certificat de cessation de paiement*)

Coordonnées RH de votre dernier employeur : *Nom, numéro téléphone et adresse mail (obligatoire, pour prise en charge paie et carrière)* \_\_\_\_\_

- Employé(e) dans une entreprise privée (*fournir solde de tout compte*)
- Autre (*dirigeant d'une société ou d'une association, auto entrepreneur, étudiant, emploi à l'étranger, apprentissage...*) : \_\_\_\_\_
- Demandeur d'emploi (*fournir attestation de radiation*)

## CARRIERE (SECTEUR PUBLIC) à fournir obligatoirement

Avez-vous eu des contrats dans le secteur public ?

- Oui (si oui, fournir obligatoirement les pièces ci-dessous)  
 Non

- Les attestations de travail pour chaque emploi comprenant les informations suivantes : dates, quotité, niveau d'emploi, catégorie et fonctions.
  - Un état des services publics,
- Ou**
- Copie de vos contrats de travail.

**Ces informations sont essentielles pour :**

- Fiabiliser votre carrière dans notre système d'information RH
- Prendre en compte vos possibilités en matière de promotion, de participation aux concours et d'avancement...

**ENSEIGNANT, ENSEIGNANT-CHERCHEUR TITULAIRE OU CONTRACTUEL  
CHERCHEUR**

Arrivez-vous sur ce poste suite à ?

Réussite concours       Mutation/détachement       Recrutement contractuel

Si oui, contact RH de votre université d'origine (mail, téléphone) \_\_\_\_\_

Discipline d'enseignement : \_\_\_\_\_

Section C.N.U. : \_\_\_\_\_      Sous-section C.N.U. : \_\_\_\_\_

Laboratoire d'affectation : \_\_\_\_\_

Etes-vous titulaire **d'un doctorat** ?

Oui *joindre un justificatif*       Non

Directeur de thèse : \_\_\_\_\_

Etes-vous titulaire **d'une Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)** ?

Oui *joindre un justificatif*       Non

Bénéficiez-vous de la **PEDR (Prime d'Encadrement Doctoral et de Recherche)** ou la **prime individuelle RIPEC 3** dans votre établissement d'origine ?

Oui *joindre un justificatif*       Non

**Avez-vous déposé votre candidature à la prime individuelle RIPEC 3 cette année ?**

Oui *joindre un justificatif*       Non

**Avez-vous déposé votre candidature à une mobilité (Délégation ou CRCT) cette année ?**

Oui *joindre un justificatif*       Non

**Etes-vous membre de l'IUF (Institut Universitaire de France) ?**

Oui, date de début : \_\_\_\_\_       Non  
*joindre un justificatif*

**PERSONNEL ENSEIGNANT DU 1ER ET SECOND DEGRE**

Avez-vous effectué votre formation supérieure à l'ENS, à l'INSPE ?  Oui *joindre un justificatif*       Non

Etes-vous titulaire du CAPET, CAPES, Agrégation ?  Oui *joindre un justificatif*       Non

Etes-vous titulaire du CAFIMF ?  Oui *joindre un justificatif*       Non

*(Certificat d'aptitude aux fonctions d'instituteur, maître formateur)*

## ANNEXE 1 : DEMANDE SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT)

Le Supplément Familial de Traitement (SFT) est un complément de rémunération qui peut être versé à tout agent public (fonctionnaire ou contractuel hors forfaitaire) qui a au moins 1 enfant de moins de 20 ans à charge (au sens des prestations familiales).

[Information UGA "Welcome UGA"](#)

### PIECES A FOURNIR

#### I. **En fonction de la situation familiale, justificatifs à fournir obligatoirement**

- Attestation sur l'honneur du conjoint de la non perception du SFT (pour agent sans emploi ou activité indépendante)
- Attestation de paiement CAF ([www.caf.fr](http://www.caf.fr)) à partir de 2 enfants ou à défaut copie de l'avis d'imposition justifiant de la charge effective et permanente des enfants

#### **Pour les enfants de 16 à 20 ans, fournir chaque année selon la situation :**

- Certificat de scolarité
- Contrat d'apprentissage + dernier bulletin de salaire pour les enfants apprentis ou salariés  
(Le salaire net ne devra pas dépasser 55% du SMIC brut)
- Déclaration sur l'honneur pour les enfants sans activité

#### II. **Pièces complémentaires en cas de séparation ou de divorce**

##### **Selon votre situation :**

- Jugement du divorce **ou** attestation précisant le mode de garde des enfants pour les agents divorcés/séparés **ou** une déclaration commune des parents (*double signature*) précisant le parent ayant la charge effective de l'enfant (*À défaut ; Avis d'imposition permettant d'identifier le mode de garde*)

Si garde alternée, voir annexe 1 :

- **Annexe 1 : Choix du bénéficiaire en cas de garde alternée**
  - Si le choix est le partage de SFT à parts égales :
- Pièce identité de l'ex conjoint
- Fiche de paie de l'ex conjoint si agent public ou attestation de l'employeur sur l'indice détenu.
- Attestation de l'employeur de l'ex conjoint attestant la non perception de SFT (employeur privé) ou attestation sur honneur de non perception (sans activité professionnelle)
- RIB de l'ex conjoint

**Sans réception des éléments de l'ex conjoint pour la mise en place du partage, seul l'agent UGA percevra la part qui lui revient.**

- Si le choix est de verser le SFT en totalité au parent salarié de l'UGA :
- Attestation de l'employeur de l'ex conjoint attestant la non perception de SFT (employeur privé) ou attestation sur honneur de non perception (sans activité professionnelle)

##### Autres cas

Il existe de nombreux cas particuliers (remariage...) pour lesquels d'autres pièces pourront vous être demandés par votre gestionnaire RH et paie.

## Fiche de renseignements Supplément Familial de Traitement

### 1- Enfants à la charge du demandeur

	<b>Nom, Prénom des enfants</b> <i>Surname, First name of children</i>	<b>Date de naissance</b> <i>Date of birth</i>	<b>Mode de garde</b> <i>Child care</i>	<b>Situation de l'enfant</b> <i>Children's situation</i>	<b>Perçoit-il une aide au logement ?</b> <i>Does he receive housing assistance?</i> <i>Votre enfant</i>
1			<input type="checkbox"/> Exclusive <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Scolarisé-e <input type="checkbox"/> Apprenti-e <input type="checkbox"/> Étudiant-e <input type="checkbox"/> Salarié-e <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2			<input type="checkbox"/> Exclusive <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Scolarisé-e <input type="checkbox"/> Apprenti-e <input type="checkbox"/> Étudiant-e <input type="checkbox"/> Salarié-e <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3			<input type="checkbox"/> Exclusive <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Scolarisé-e <input type="checkbox"/> Apprenti-e <input type="checkbox"/> Étudiant-e <input type="checkbox"/> Salarié-e <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4			<input type="checkbox"/> Exclusive <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Scolarisé-e <input type="checkbox"/> Apprenti-e <input type="checkbox"/> Étudiant-e <input type="checkbox"/> Salarié-e <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5			<input type="checkbox"/> Exclusive <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Scolarisé-e <input type="checkbox"/> Apprenti-e <input type="checkbox"/> Étudiant-e <input type="checkbox"/> Salarié-e <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

En cas de séparation ou de divorce, précisez la situation professionnelle de l'ex conjoint/concubin/partenaire PACS :

UGA  Autre secteur public  Secteur privé  Sans emploi Depuis le : \_\_\_\_\_

Date de signature du jugement de divorce ou de la convention de séparation en cours de validité

\_\_\_\_\_

### 2- Situation professionnelle du conjoint ou concubin ou partenaire de Pacs

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

UGA  Autre secteur public  Secteur privé  Sans emploi

Depuis le : \_\_\_\_\_

Si conjoint du demandeur « Autre secteur public » ou « secteur privé » est coché, veuillez faire compléter l'attestation ci-dessous.

**Attestation de l'employeur du conjoint  
(conjoint du demandeur secteur public (hors UGA) ou privé)**

Le Directeur de l'organisme soussigné certifie que,

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Employé en qualité de \_\_\_\_\_

Depuis le : \_\_\_\_\_

Atteste ne pas percevoir de supplément familial de traitement depuis le :

Atteste ne plus percevoir de supplément familial de traitement à compter du :

Atteste percevoir un supplément familial de traitement depuis le :

Fait à : \_\_\_\_\_ , le : \_\_\_\_\_

Cachet et signature de l'employeur du conjoint :

**DÉCLARATION DE CHOIX DU BÉNÉFICIAIRE  
(Agents publics uniquement)**

**Choix bénéficiaire :**

Les deux membres du couple désignent d'un commun accord : \_\_\_\_\_

Comme bénéficiaire du supplément familial de traitement à compter du \_\_\_\_\_

**Choix Indice :** Les deux agents fonctionnaires désignent, d'un commun accord, l'INM de l'agent à partir duquel le calcul du SFT sera effectué. **Fournir le dernier bulletin de salaire de l'agent concerné** (sauf agent UGA)

**Nom Prénom de l'agent concerné :** \_\_\_\_\_

**Je soussigné certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et m'engage à prévenir immédiatement l'UGA de tout changement intervenant dans ma situation familiale et professionnelle susceptible de modifier mes droits au supplément familial de traitement.**

Toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part m'exposerait au remboursement des sommes perçues, sans préjudice des poursuites pouvant en résulter.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

**Signature du demandeur :**

**Signature du conjoint :**



### **ANNEXE 3 : REMBOURSEMENT PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE (MUTUELLE)**

Dans le cadre de la réforme de la Protection Sociale Complémentaire des agents publics prévue par l'ordonnance du 17 février 2021, les employeurs publics de l'État (dont l'UGA) remboursent à leurs agents, une partie des cotisations de protection sociale complémentaire.

Les agents éligibles bénéficient d'un forfait mensuel de 15 €, correspondant au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaires destinées à couvrir les frais de santé.

En avril 2026 l'UGA adhérant à un contrat de groupe obligatoire, le versement de ces 15€ s'arrêtera au profit de celui-ci. Surveillez bien vos mails, un parcours d'affiliation vous sera proposé (dispense possible dans certains cas).

**Pour pouvoir bénéficier du remboursement mutuel, fournir une attestation de votre complémentaire santé qui mentionne les informations suivantes :**

- Dates du contrat
- Montant des cotisations
- Le contrat doit couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et respecter les conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

**ANNEXE 4 : CONVOCATION AU CONTROLE MEDICAL destinée aux Apprentis**

**Université Grenoble Alpes - 621 avenue Centrale - 38400 Saint-Martin-d'Hères**  
**Direction Générale Déléguée aux Ressources Humaines**  
 Direction de la Gestion Carrière et Paie  
 Service des Contrats Spécifiques

En vue de votre installation, vous voudrez bien vous présenter à un médecin généraliste agréé, lui faire viser le certificat médical constituant la partie détachable du présent feuillet et nous le faire parvenir dans un délai de 15 jours au plus tard.

Le praticien étant agréé, vous n'avez pas à avancer le montant de la consultation.

Je vous précise que les honoraires seront remboursés directement par l'agence comptable de l'Université Grenoble Alpes, dans la limite du tarif conventionnel, sur présentation des justificatifs correspondants.

**Pour le Président et par délégation,**  
**La Directrice générale des services**  
**adjointe en charge du pôle RH,**  
**prévention, santé**  
 Carole KADA



**Personne à contacter pour votre règlement : Agnès LAURENT**  
 Cellule Budget DGD RH - 621 avenue Centrale – Bât. Z108  
 38400 Saint Martin d'Hères - agnes.laurent@univ-grenoble-alpes.fr

**CERTIFICAT MEDICAL A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR UN MEDECIN AGREE OU MEDECIN DE L'ADMINISTRATION**

**Direction Générale Déléguée  
 aux Ressources Humaines**

Certificat établi à la demande de  
 l'Administration en vue de l'admission à  
 un emploi public et délivré par un  
 MEDECIN GENERALISTE AGRÉÉ\*

Je soussigné :

.....  
 (NOM en lettres capitales et qualité)

Certifie avoir examiné ce jour :

.....  
 (NOM et Prénoms en lettres capitales)

Il a été constaté que l'intéressé ne présente aucune maladie ou infirmité. Si des affections ont été relevées, elles sont mentionnées dans son dossier médical et ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions sollicitées. En cas de nécessité d'examens complémentaires, déterminée par le médecin généraliste, l'intéressé devra consulter un médecin spécialiste agréé.

**OBSERVATIONS EVENTUELLES DU MEDECIN**

.....  
 .....

- **Montant honoraires : 30 euros**

Fait à ....., le .....

Signature

Retrouvez la liste des médecins agréés de la région à l'adresse <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/liste-des-medecins-et-specialistes-agrees> ou sur le site <https://www.ars.sante.fr/> pour les autres départements

MENTIONS OBLIGATOIRES
NOM du MEDECIN :
Adresse :
Numéro SIRET :
Tel :
Mail :
<b>POUR VOTRE REGLEMENT:</b> - joindre un RIB