MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
CHARGÉ DU BUDGET ET DE LA FONCTION PUBLIQUE
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

Cité Ministérielle Bât. J
01 BP 907 Cotonou
Tél. : +229 01 21 40 07 52
info.mbfp@gouv.bj
www.mbfp.gouv.bj

CONCOURS DE RECRUTEMENT DE CINQUANTE (50) AUDITEURS DE JUSTICE ET DE CINQUANTE (50) ELEVES GREFFIERS AU PROFIT DU MJL AU TITRE DE L'ANNEE 2025

FICHE INDIVIDUELLE DE RECLAMATION OU DE COMPLEMENT DE PIECES POUR LES ELEVES GREFFIERS

I- IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Numéro NPI : | | | | | | | | | | | **Numéro matricule :** | |
(Uniquement pour les agents de l'Etat)

NOM : _____

PRENOMS :_____

SEXE : F ☐ M ☐ PERSONNE HANDICAPEE : Non ☐

Oui ☐ Type de handicap (A préciser)_____

DATE DE NAISSANCE : /__ /__/__/__/__/ __/__/__/ LIEU DE NAISSANCE_____

ADRESSE : _____ TELEPHONE : _____

I- RENSEIGNEMENTS SUR LE DOSSIER

N° d'inscription sur la liste d'affichage : /__/__/__/__/__/__/__/__/

Accepté ☐ Rejeté ☐ / Motif du rejet : _____

II- RECTIFICATIF

Erreur(s) constatée(s) : _____

Correction(s) sollicitée(s) : _____

III- AUTRE RECLAMATION

Objet :_____

_____

IV- COMPLEMENT DE PIECE(S)

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

Pièces déposées : Fiche individuelle d'inscription ☐ Acte de naissance sécurisé ☐ Photocopie du Diplôme ☐

Attestation d'équivalence ☐ Certificat de nationalité ☐ Extrait du casier judiciaire datant de moins de 3 mois ☐

Certificat médical d'aptitude datant de moins de trois (03) mois ☐ Certificat médical datant de moins de trois (03) mois précisant le type de handicap pour les personnes handicapées ☐ Photocopie de la carte d'égalité des chances ☐

Quittance d'une valeur de 5000 F CFA ☐ Certificat d'individualité ☐

Pièces complémentaires à fournir par les candidats fonctionnaires de l'Etat :

Photocopie de l'arrêté de titularisation ☐ Photocopie de l'acte portant son dernier grade ☐

Date :

Nom, Prénom et signature de l'agent de réception :

Observations :

Fait à _____, le_____/_____/2026

Signature du candidat

Partie réservée à l'étude	
REJETE ☐ MOTIF :	ACCEPTE ☐
Date : Nom et Signature	
Avis du contrôleur	
REJETE ☐ MOTIF :	ACCEPTE ☐
Date : Nom et Signature	
Avis du superviseur	
REJETE ☐ MOTIF :	ACCEPTE ☐
Date : Nom et Signature	