MINISTÈRE
DES ARMÉES
ET DES ANCIENS
COMBATTANTS

Liberté
Égalité
Fraternité

CERTIFICAT MÉDICAL RELATIF AUX AMÉNAGEMENTS DES ÉPREUVES DE CONCOURS

(seul un certificat médical signé par un médecin agréé par l'administration sera accepté - la liste des médecins agréés est disponible en ligne sur le site de votre agence régionale de santé)

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;
Vu la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat ;

Durée de validité : **6 mois** avant le déroulement de la première épreuve du concours

Cadre à remplir par le candidat

Concours + session	
Nom	
Prénom	
Né(e) le	
Adresse	
Téléphone	
Adresse Mél	
Bénéficiaire RQTH	**Oui** **Non**

Je demande à bénéficier d'aménagement(s) du déroulement des épreuves du concours désigné ci-dessus liés à mon handicap, conformément aux dispositions de l'article L. 352-3 du code général de la fonction publique.

Je présente au médecin agréé par l'administration, sous réserve qu'il ne soit pas mon médecin traitant, les documents médicaux récents nécessaires pour la connaissance de mon état actuel de santé, relatifs à mon handicap, pour lui permettre d'établir le présent certificat, conformément aux dispositions de l'article R. 325-54 du code général de la fonction publique.

Une fois complété, ce document accompagné du certificat médical signé par le médecin agréé est à adresser au bureau des concours et des examens professionnels à l'adresse figurant en pied de ce document, ***au plus tard à la date précisée dans l'arrêté d'ouverture*** *du concours présenté.*

Fait à le

Signature
du candidat

MINISTÈRE
DES ARMÉES
ET DES ANCIENS
COMBATTANTS
Liberté
Égalité
Fraternité

CERTIFICAT MÉDICAL RELATIF AUX AMÉNAGEMENTS DES ÉPREUVES DE CONCOURS

(seul un certificat médical signé par un médecin agréé par l'administration sera accepté)

Durée de validité : **6 mois** avant le déroulement de la première épreuve du concours

Je, soussigné(e), docteur ……, **médecin agréé par l'administration**, certifie que la situation de handicap de :

Mme/M……

☐ justifie une dérogation aux règles normales des concours, consistant en les aménagements mentionnés ci-après :

Aménagement	Epreuves écrites		Epreuves orales	
	Oui	Non	Oui	Non
Majoration d'un tiers-temps				
Utilisation d'un ordinateur (à préciser) :				
Assistance d'un secrétaire (préciser la finalité)				
Salle individuelle				
Mobilier adapté (à préciser) :				
Sujets en braille				
Sujets grossis (préciser format et taille de caractères)				
Accessibilité des locaux (à préciser) :				
Autres aménagements (à préciser) :				
Aucun aménagement demandé				

Fait à le

Cachet et signature
du **médecin agréé**