

CERTIFICAT MÉDICAL

À faire remplir par un médecin agréé par la préfecture du département, autre que le médecin traitant du candidat et UNIQUEMENT pour les candidats souhaitant bénéficier d'un aménagement d'épreuve(s)

Je soussigné(e),

Docteur (NOM et Prénom) : _____

Médecin agréé par arrêté préfectoral

Adresse complète : _____

Date de la consultation :/....../.....

Certifie :

☐ Ne pas être le médecin traitant de

M. Mme (Nom/prénom), né(e) le .../.../....

☐ l'avoir examiné(e) ce jour et avoir consulté son dossier médical.

Atteste que :

☐ M. Mme (Nom/prénom) est une personne en situation de handicap qui nécessite que ses épreuves soient aménagées afin de lui permettre de subir l'épreuve dans des conditions compatibles avec sa situation compte tenu de la forme et de la durée des épreuves.

Ces aménagements doivent avoir pour seul objet de rétablir l'égalité entre les candidats et non de créer une inégalité au détriment des candidats qui ne sont pas en situation de handicap (CE 21/01/1991 Melle Stickel).

Après avoir pris connaissance du descriptif des fonctions et des épreuves (cf brochure du concours téléchargeable sur le site internet du Centre de Gestion, www.cdg08.fr), indiquer la nature des aides humaines et/ou techniques nécessaires à ce candidat :

Pour l'épreuve d'admission :

☐ Octroi d'un tiers temps supplémentaire

☐ Installation spécifique de la salle d'épreuve

Préciser :
.....

☐ Autre(s), préciser la nature de l'aménagement nécessaire (ex : présence d'un interprète en langue des signes, utilisation d'un appareillage, etc.) :

Préciser :
.....
.....

RAPPEL : 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.

Fait le

Signature et cachet du médecin agréé :