

## CERTIFICAT MEDICAL

À faire remplir par un médecin agréé autre que le médecin traitant du candidat

UNIQUEMENT pour les candidats souhaitant bénéficier d'un aménagement d'épreuve(s)

CONCOURS ou EXAMEN PROFESSIONNEL pour lequel ce certificat est établi

Intitulé obligatoire : .....

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 composer 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.

Après avoir pris connaissance du descriptif des fonctions et des épreuves, indiquer la nature des aides humaines et/ou techniques nécessaires à ce candidat (*voir fonctions et nature des épreuves dans la brochure que le candidat aura téléchargée et imprimée*) :

**Pour les épreuves écrites obligatoires et facultatives :**

- Octroi d'un tiers temps supplémentaire de composition
- Installation spécifique de la salle d'épreuve  
Préciser : .....
- Installation de matériel particulier  
Préciser : .....
- Mise à disposition d'un ordinateur
- Aide d'une tierce personne pour rédiger sous la dictée du candidat (scripteur)
- Autre(s) (exemple : sujets type Braille, agrandissement des sujets)  
Préciser : .....

**Pour les épreuves orales obligatoires et facultatives :**

- Octroi d'un tiers temps supplémentaire pour la préparation de l'épreuve et/ou pour l'épreuve
- Présence d'un interprète en langues des signes
- Autre(s) (exemple : utilisation d'un appareillage)  
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 à ..... le .....

**Signature et cachet du médecin agréé**