



## CERTIFICAT MÉDICAL DU MÉDECIN AGRÉÉ

**À faire remplir par un médecin agréé autre que le médecin traitant du candidat  
UNIQUEMENT pour les candidats en situation de handicap et  
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 :

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 (CE 21/01/1991 Melle Stickel).**

**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 au dos de ce document) :**

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.

Préciser avec ou sans correcteur orthographique : .....

Aide d'une tierce personne pour la lecture du sujet

Aide d'une tierce personne pour répondre avec un ordinateur sous la dictée du candidat (lecteur scripteur).

Autre(s) (Ex : sujets type Braille, agrandissement des sujets...) : .....

.....  
.....  
.....

**Pour les épreuves orales et/ou pratiques obligatoires et facultatives :**

Octroi d'un tiers temps supplémentaire pour la préparation de l'épreuve et/ou pour l'épreuve

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

.....  
.....  
.....

**RAPPEL IMPORTANT** : 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