

CERTIFICAT MÉDICAL DU MÉDECIN AGRÉÉ

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)

Je soussigné(e), **Docteur (NOM et Prénom)** :

Médecin agréé par arrêté préfectoral du département de :

Adresse complète :

Téléphone :

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.

Avoir pris connaissance de la nature des épreuves du concours (ou examen professionnel) concerné.

Atteste que :

M. Mme (*Nom/prénom*) **est une personne en situation de handicap** ce qui entraîne un (des) aménagement(s) d'épreuve(s) afin de lui permettre de composer dans des conditions compatibles avec sa situation compte tenu de la nature et de la durée de ces 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).

Les aides et aménagements sollicités sont mis en œuvre par l'autorité organisatrice sous réserve que les charges afférentes ne soient pas disproportionnées au regard des moyens, notamment matériels et humains, dont elle dispose (Article 2 du décret n°2020-523 du 4 mai 2020).

Après avoir pris connaissance du descriptif des épreuves, indiquez la nature des aides humaines et/ou techniques nécessaires à ce candidat :

➔ **Pour les épreuves écrites :**

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 (avec un logiciel particulier) :

Préciser :

Aide d'une tierce personne pour la lecture du sujet.

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

Autre(s) (sujets type Braille, agrandissement des sujets, interprète en langue des signes, ...) :

.....

.....

→ Pour les épreuves orales et/ou pratiques :

Octroi d'un tiers temps supplémentaire pour la préparation de l'épreuve (Si l'intitulé d'épreuve en prévoit une) 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 : Nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire ou d'agent public s'il ne remplit pas les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction.

Fait àle Signature et cachet du médecin agréé

Examen professionnel d'agent social principal de 2^{ème} classe

Intitulé et nature des épreuves

1 – Une épreuve écrite à caractère professionnel portant sur les missions incombant aux membres du cadre d'emplois.

Cette épreuve consiste, à partir de documents succincts remis au candidat, en trois à cinq questions appelant des réponses brèves ou sous forme de tableaux et destinées à vérifier les capacités de compréhension du candidat et son aptitude à retranscrire les idées principales des documents.

(Durée 1 heure 30 – Coeff. 2).

2 – Un entretien destiné à permettre d'apprécier l'expérience professionnelle du candidat, sa motivation et son aptitude à exercer les missions qui lui seront confiées.

Cet entretien débute par une présentation par le candidat de son expérience professionnelle sur la base d'un document retraçant son parcours professionnel et suivie d'une conversation. Ce document, établi conformément au modèle fixé par arrêté du ministre chargé des collectivités locales, est fourni par le candidat au moment de son inscription et remis au jury préalablement à cette épreuve.

(Durée 15 minutes, dont 5 minutes au plus d'exposé - Coefficient 3).

NOTE D'HONORAIRES

A remettre au médecin agréé lors de la visite

Dans le cadre de cette visite médicale, la carte vitale ne doit pas être utilisée.
Les frais d'honoraires seront réglés au médecin agréé par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Gers (CDG 32), numéro SIRET **28320479000028**
A cet effet, le médecin agréé devra déposer ce document sur le portail CHORUS PRO.

A compléter par le médecin agréé lors de la visite

Nom, Prénom et spécialité du médecin agréé (ou cabinet / groupement médical) :

.....
.....

Numéro de Siret du médecin agréé :

Adresse du médecin agréé :

.....Tél. :

Nom et prénom du candidat examiné :

Date de naissance du candidat examiné :

Concours ou examen pour lequel le candidat sollicite un aménagement d'épreuve (préciser la session) :

Examen professionnel d'adjoint administratif principal de 2^{ème} classe – Session 2025

Date de la visite médicale :

Montant des honoraires :

➔ **JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RIB**

Signature et cachet du médecin

IMPORTANT / OBLIGATION DE DEMATERIALISATION DES FACTURES A DESTINATION DU SECTEUR PUBLIC

Il est obligatoire d'adresser sous forme électronique les factures destinées aux administrations publiques, via la plateforme Chorus Pro : <https://chorus-pro.gouv.fr>. Vous pouvez également remplir cette obligation en utilisant un logiciel de gestion comptable, un portail ou logiciel spécialisé interfacé directement avec Chorus Pro.

Informations et formations accessibles gratuitement sur le site <https://communaute.chorus-pro.gouv.fr/>