

CERTIFICAT MÉDICAL D'AMENAGEMENT(S) D'ÉPREUVE(S)

UNIQUEMENT POUR LES CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP

À remplir par un médecin <u>agréé par la préfecture de votre département de</u> <u>résidence</u> : voir liste départementale en préfecture ou auprès de l'ARS.

ATTENTION: le présent certificat ne peut pas être rempli par le médecin traitant du candidat, même s'il est agréé, conformément à l'article 4 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des conseils médicaux, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

Concours ou examen professionnel pour lequel le(la) candidat(e) sollicite un(des) aménagement(s) d'épreuve(s) :
Session (Année):
Candidat(e) inscrit(e) : EXTERNE INTERNE 3ème CONCOURS EXAMEN PROFESSIONNEL
NOM et prénom du médecin agréé :
Adresse complète
Date de consultation : /
Le médecin certifie que
Mme / M. Nom et Prénom :
n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité ou que ses maladies ou infirmités constatées et indiquées dans son dossie médical ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions du grade susmentionné pour lequel le candidat a sollicité son inscription :
□ OUI * □ NON*
*Cocher la (les) case(s) correspondante(s)



Le médecin confirme que le(la) candidat(e) présente une situation de handicap ou un état de santé justifiant l'application des aménagements suivants :

1/ MESURES PARTICULIÈRES CONCERNANT LES ÉPREUVES D'ADMISSIBILITÉ / ÉCRITES		
Le(la) candidat(e) intéressé(e) doit bénéficier d'un <u>aménagement :</u>	NON	
Si oui, préciser le(les) type(s) d'aménagement(s) *		
Tiers-temps supplémentaire pour chaque épreuve		
Agrandissement de sujet		
Format:		
Police:		
Taille:		
Autres:		
Sujet en braille (préciser : Abrégé ou intégral) :		
Utilisation d'un ordinateur portable (préciser : type de clavier, Souris) :		
	Ш	
Matériel spécifique (préciser) :		
Mobilier adapté (Ex. Siège de bureau, repose pied) (préciser) :		
	_	
Mobilier adapté pour un fauteuil roulant		
Assistance d'un(e) secrétaire (préciser : Lecture et/ou reformulation et/ou rédaction) :		
Assistance d'un traducteur		
A proximité des sanitaires		
Accessibilité des locaux : accès de plain-pied		
Accessibilité des locaux : autre (préciser)		
Autre(s) aménagement(s) (préciser) :		
Nombre de cases cochées en 1/ par le médecin :		

*Cocher la (les) case(s) correspondante(s)



2/ MESURES PARTICULIÈRES CONCERNANT LES ÉPREUVES D'ADMISSION / ORALES :		
Le(la) candidat(e) intéressé(e) doit bénéficier d'un <u>aménage</u> (Cocher la case correspondante)	ment:	OUI NON
Si oui, préciser le (les) type(s) d'aménagement(s) *		
Tiers-temps supplémentaire pour chaque épreuve		
Mobilier adapté (Ex. Siège de bureau, repose pied) (Préciser)	:	_
Mobilier adapté pour un fauteuil roulant		
Assistance d'un(e) secrétaire :		
Assistance d'un « lecteur de sujet »		
-		
Lieu d'épreuve à proximité des sanitaires		
Langue des signes		
Accessibilité des locaux : accès de plain-pied		П
Accessibilité des locaux : autre (Préciser) :		
Autre(s) aménagement(s) (Préciser) :		
Nombre de cases cochées en 2/ par le médecin :		
*Cocher la (les) case(s) correspondante(s) Le médecin détaille au maximum les besoins du/de la opérationnel puisse mettre en place de manière optimal La préparation des épreuves, l'accueil dans de bonne en place d'aménagements d'épreuves représentent u et-Loire et des contribuables. Ainsi, les candidats son opérationnel en cas de désistement.	e le ou les aménagements d'e es conditions des candidats un coût à la charge du Centr	épreuves. notamment la mise e de gestion d'Indre
Cignoture of cooket du médacin agréé nan la	Cianatura du (da la)	ndidat(a)
Signature et cachet du médecin agréé par le préfet du département de résidence :	Signature du (de la) ca	naidat(e):

Page 3 sur **6**

Les pages 1 à 3 sont à numériser et à transmettre dans votre espace sécurisé



ATTENTION: JOINDRE UN RIB

NOTE D'HONORAIRES

À REMETTRE AU MÉDECIN AGRÉÉ LORS DE LA VISITE.

Les honoraires seront réglés au médecin par le Centre de gestion d'Indre-et-Loire. Pour ce faire, le médecin devra déposer ce document sur le portail CHORUSPRO.

IL NE SERA PROCÉDÉ À AUCUN REMBOURSEMENT DIRECT AU CANDIDAT. LA CARTE VITALE NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉE.

A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN AGRÉÉ

NOM, Prénom et spécialité du médecin (ou cabinet / groupement médical) :
NOM et Prénom du candidat (de la candidate) examiné(e) :
Date de naissance du candidat (de la candidate) examiné(e) :
Concours ou examen professionnel pour lequel le(la) candidat(e) sollicite un(des) aménagement(s) d'épreuve(s) (Préciser aussi l'année de la session) :
Date de la visite médicale :
Montant des honoraires :
Numéro de SIRET du médecin :
Adresse du médecin :
Cachet et signature du médecin :

Page 4 sur 6





DEPOSER UNE FACTURE SUR LE PORTAIL CHORUS PRO



Vérifiez les différents blocs d'informations

Chorus Pro pré-remplit les champs à saisir à partir des données qui ont été reconnues. A vous de les vérifier et de les corriger si

Cadre de facturation

Le champ est renseigné avec le choix effectué à l'étape précédente.

Identification

Saisissez le numéro et la date de votre facture.

Destinataire

Il s'agit de la structure publique à laquelle vous adressez votre facture.

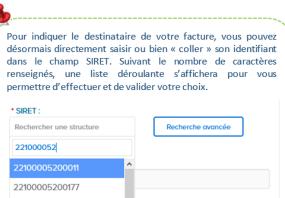
Fournisseur

Si vous travaillez pour plusieurs entreprises (SIRET différents), sélectionnez le SIRET émetteur de la facture.

Références

Remplissez les champs requis, notamment le numéro d'engagement s'il est obligatoire pour votre client public.

- Montants Totaux
- Pièces Jointes





Soumettez votre facture

22100005200300

Une fois votre facture dûment complétée, cliquez sur Valider et envoyer pour la transmettre à votre client public.

Vallder et envoyer

Une fenêtre de confirmation s'affiche à l'écran. En cas d'erreur, vous pouvez **Annuler**.

Cliquez sur Confirmer et envoyer.





Quitter le formulaire sans avoir ni enregistré, ni envoyé la facture, la conserve néanmoins dans Chorus Pro. Elle apparait alors dans votre onglet Synthèse avec un numéro « Provisoire ».

Destinatoires 11 Numéro 11 Etat Courant

Provisoire Brouillon

Si vous ne souhaitez pas conserver ce type de documents, pensez à cliquer sur « Annuler » pour sortir d'un formulaire que vous ne souhaitez pas finaliser.

Annuler



Votre facture a bien été envoyée à votre destinataire et un récapitulatif des éléments transmis a été généré.



Fiche pratique

Chorus



DEPOSER UNE FACTURE SUR LE PORTAIL CHORUS PRO

3.

Vérifiez les différents blocs d'informations

Chorus Pro <u>pré-remplit</u> les champs à saisir à partir des données qui ont été reconnues. A vous de les vérifier et de les corriger si besoin :

Cadre de facturation

Le champ est renseigné avec le choix effectué à l'étape précédente.

Identification

Saisissez le numéro et la date de votre facture.

Destinataire

Il s'agit de la structure publique à laquelle vous adressez votre facture.

Fournisseur

Si vous travaillez pour plusieurs entreprises (SIRET différents), sélectionnez le SIRET émetteur de la facture.

Références

Remplissez les champs requis, notamment le numéro d'engagement s'il est obligatoire pour votre client public.

- Montants Totaux
- Pièces Jointes

Pour indiquer le destinataire de votre facture, vous pouvez désormais directement saisir ou bien « coller » son identifiant dans le champ SIRET. Suivant le nombre de caractères renseignés, une liste déroulante s'affichera pour vous permettre d'effectuer et de valider votre choix.

* SIRET:

Recherche une structure

Recherche avancée

22100005200300

22100005200177

Confirmation d'envoi

souhaitez pas finaliser.

4.

Soumettez votre facture

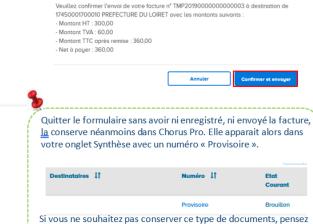
Une fois votre facture dûment complétée, cliquez sur Valider et envoyer pour la transmettre à votre client public.

Vallder et envoyer

Une fenêtre de confirmation s'affiche à l'écran. En cas d'erreur, vous pouvez **Annuler**.

Cliquez sur Confirmer et envoyer.

SAISIE FACTURE



à cliquer sur « Annuler » pour sortir d'un formulaire que vous ne





Votre facture a bien été envoyée à votre destinataire et un récapitulatif des éléments transmis a été généré.