

CERTIFICAT MÉDICAL

(Uniquement pour les candidats en situation de handicap)

**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

Adresse complète :

Date de la consultation : / /

Certifie :

☐ Ne pas être le médecin traitant de

M. Mme (Nom/prénom)

, né 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.

☐ que le handicap du (de la) candidat(e) est compatible avec l'exercice des fonctions D'ADJOINT TECHNIQUE PRINCIPAL DE 2^E CLASSE

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 obligatoires et facultatives :**

☐ Octroi d'un tiers temps supplémentaire pour la préparation

☐ 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 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

EXAMEN PROFESSIONNEL D'ADJOINT TECHNIQUE PRINCIPAL DE 2^e CLASSE

Définition des fonctions

Les adjoints techniques territoriaux sont chargés de tâches techniques d'exécution. Ils exercent leurs fonctions dans les domaines du bâtiment, des travaux publics, de la voirie et des réseaux divers, des espaces naturels et des espaces verts, de la mécanique et de l'électromécanique, de la restauration, de l'environnement et de l'hygiène, de la logistique et de la sécurité, de la communication et du spectacle, de l'artisanat d'art.

Ils peuvent également assurer la conduite de véhicules, dès lors qu'ils sont titulaires du permis de conduire approprié en état de validité. Ils ne peuvent toutefois se voir confier de telles missions qu'après avoir subi avec succès les épreuves d'un examen psychotechnique, ainsi que des examens médicaux appropriés.

Ils peuvent également exercer des fonctions de gardiennage, de surveillance ou d'entretien dans les immeubles à usage d'habitation relevant des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ainsi que des abords et dépendances de ces immeubles. Leurs missions comportent aussi l'exécution de tâches administratives, pour le compte du bailleur, auprès des occupants des immeubles et des entreprises extérieures. À ce titre, ils peuvent être nommés régisseurs de recettes ou régisseurs d'avance et de recettes. Ils concourent au maintien de la qualité du service public dans les ensembles d'habitat urbain par des activités d'accueil, d'information et de médiation au bénéfice des occupants et des usagers.

Nature des épreuves

1° Une épreuve écrite à caractère professionnel, portant sur la spécialité choisie par le candidat lors de son inscription. 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 connaissances et aptitudes techniques du candidat (durée : une heure trente, coef. 2).

2° Une épreuve pratique dans l'option choisie par le candidat, lors de son inscription, au sein de la spécialité considérée et destinée à permettre d'apprécier l'expérience professionnelle du candidat, sa motivation et son aptitude à exercer les missions qui lui seront confiées. Elle comporte une mise en situation consistant en l'accomplissement d'une ou plusieurs tâches se rapportant à la maîtrise des techniques et des instruments que l'exercice de cette option implique de façon courante. Cet exercice est complété de questions sur la manière dont le candidat conduit l'épreuve, ainsi que sur les règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité. La durée de l'épreuve est fixée par le jury en fonction de l'option. Elle ne peut être inférieure à une heure ni excéder quatre heures (coef. 3).

Document à transmettre via Chorus (www.chorus-pro.gouv.fr).

Paiement par mandat administratif à 30 jours après dépôt de la note d'honoraire.

N° SIRET 287 708 325 00025

JOINDRE UN RIB PROFESSIONNEL POUR LES NOUVEAUX FOURNISSEURS

Examen professionnel d'adjoint technique principal de 2^e classe 2026

NOTE D'HONORAIRES

À remettre lors de la visite au médecin agréé et à renvoyer par ce dernier selon les modalités énoncées ci-dessus. La visite sera réglée au médecin par le Centre de gestion.

Il ne sera procédé à aucun remboursement direct au candidat (la carte Vitale ne doit pas être utilisée).

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je soussigné(e),

Nom et spécialité du médecin agréé :

SIRET et adresse du médecin agréé :

.....

certifie avoir reçu en vue d'un éventuel aménagement d'épreuve pour le concours/examen
xxx

Nom et prénom de la personne examinée :

Date de la consultation :

Montant total de la visite* :

J'arrête le présent état à la somme de (en toutes lettres) correspondant au tarif conventionnel de remboursement du régime général de sécurité sociale, payable à mon compte courant : joindre un relevé d'identité bancaire professionnel.

Cachet et signature du médecin agréé :

* Les tarifs d'honoraires des médecins agréés sont fixés par l'arrêté du 3 juillet 2007. Application des tarifs conventionnels de sécurité sociale **consultation au cabinet C – 30 €**