



CERTIFICAT MÉDICAL

Destiné à être joint à la demande d'inscription du candidat

Concours et Emplois

Concours OU examen présenté :

EXCLUSIVEMENT organisé par le Centre de Gestion de Mayotte.

[(À établir par un Médecin agréé **AUTRE QUE LE MEDECIN TRAITANT** du candidat
UNIQUEMENT pour les candidats souhaitant bénéficier d'un aménagement d'épreuve(s)]

Je soussigné(e), Docteur (NOM/Prénom) :
Médecin agréé par arrêté préfectoral

Adresse complète :

.....
.....

Date de consultation :/...../.....

Certifie : (*)

☐ Ne pas être le **médecin traitant de :**

M. / M^{me} (NOM/Prénom) : né(e) le/...../.....

☐ L'avoir examiné(e) ce jour et avoir consulté son dossier médical.

Atteste que :

☐ «M. / M^{me} (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 de

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).

(*) Cochez la(les) mention(s) utile(s)

Après avoir pris connaissance du descriptif des fonctions et des épreuves, indiquez la nature des aides humaines et/ou techniques nécessaires à ce candidat (voir fonctions et nature des épreuves sur la notice jointe).

☐ **POUR LES EPREUVES ECRITES OBLIGATOIRES ET FACULTATIVES :**

☐ Octroi d'un tiers temps supplémentaire de composition

☐ Installation spécifique de la salle d'épreuve (proche des toilettes, table contre un mur,...)

Précisez :
.....

☐ Installation de matériel particulier (chaise ergonomique, repose-pieds)

Précisez :
.....

☐ Mise à disposition d'un ordinateur

Précisez :

☐ 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) (exemples : sujets type Braille, agrandissement des sujets,...)

.....

☐ **POUR LES EPREUVES ORALES OBLIGATOIRES ET FACULTATIVES :**

☐ Octroi d'un tiers temps supplémentaire pour l'épreuve

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

.....

.....

.....

.....

Fait à Le/...../.....

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.

Signature et cachet du médecin agréé
(obligatoire)

(*) Cochez la(les) mention(s) utile(s)