



CERTIFICAT MÉDICAL

À faire remplir par un médecin agréé autre que le médecin traitant du candidat
UNIQUEMENT pour les candidats en situation de handicap souhaitant bénéficier d'un
aménagement d'épreuve(s).

(Liste des médecins agréés : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-4>)

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 « M. Mme (*Nom/prénom*) » **est une personne en situation de handicap** qui nécessite des aménagements d'épreuve afin de lui permettre de concourir **dans des conditions d'égalité avec les autres candidats**,

sur l'honneur et sous mon entière responsabilité que les aménagements prescrits sont strictement nécessaires à la compensation du handicap et à l'égalité de traitement avec l'ensemble des candidats (**CE 21/01/1991 Melle Stickel**),

avoir pris connaissance du descriptif des fonctions et des épreuves, et juge indispensable de mettre en œuvre le ou les aménagements suivants :

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 des sujets et/ou consignes.

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 : 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,

Le Centre de Gestion de La Réunion prend en charge la note d'honoraire conformément au règlement général des concours et examens professionnels adopté par le Conseil d'Administration le 24 février 2023.

Les notes d'honoraires sont à déposer sur le portail Chorus pro à l'adresse https://portail.chorus-pro.gouv.fr/aife_csm. Vous trouverez ci-dessous des liens vers des tutoriels vidéos pour vous aider à créer votre compte et déposer votre facture :

Tutoriel - Créer un compte utilisateur : <https://www.youtube.com/watch?v=zCtISP32fkA>.

Tutoriel - Déposer une facture : <https://www.youtube.com/watch?v=qr1EB8Dcif0> .

Pour tout échange relatif à l'envoi et au paiement de vos factures, vous pouvez joindre le service comptabilité du CDG : 0262 42 57 57.