

CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ

Pour l'aménagement des épreuves d'un concours de la fonction publique

Je soussigné(e), Docteur _____

Médecin agréé par l'administration, certifie avoir examiné ce jour :

Madame / Monsieur (NOM Prénom) _____

Né(e) le : ____ / ____ / _____ candidat(e) au concours professionnel suivant :
_____ Session (année) _____

Après examen médical de l'intéressé(e), je certifie que son état de santé ou son handicap est compatible avec la participation aux épreuves du concours précité, sous réserve de la mise en place des aménagements mentionnés ci-après. (* *Barrer la mention inutile*)

Épreuve écrite d'admissibilité

- ☐ Majoration du temps d'épreuve d'un tiers
- ☐ Installation dans une salle spécifique ou à effectif réduit*
- ☐ Accessibilité spécifique des locaux
- ☐ Utilisation d'un ordinateur équipé d'un traitement de texte ou de matériel informatique spécifique*
- ☐ Utilisation d'aides techniques : ☐ Correcteur automatique ☐ Synthèse vocale ☐ Plaque braille
- ☐ Sujet présenté sous un format adapté : ☐ En format A3 ☐ En braille abrégé / intégral*
- ☐ Interprète en langue des signes française (LSF)
- ☐ Assistance d'un secrétaire
- ☐ Autres mesures : _____

Épreuve orale d'admission

- ☐ Visioconférence :
 Motif : ☐ En état de grossesse ☐ En situation de handicap ☐ L'état de santé le nécessite
- ☐ Majoration du temps d'épreuve d'un tiers
- ☐ Accessibilité spécifique des locaux
- ☐ Interprète en langue des signes française (LSF)
- ☐ Assistance d'un secrétaire
- ☐ Autres mesures : _____

Observations éventuelles du médecin : _____

Ces mesures apparaissent nécessaires afin de garantir l'égalité des chances entre les candidats lors du déroulement des épreuves.

Le présent certificat est délivré à la demande de l'intéressé(e) pour être joint à son dossier de demande d'aménagement des épreuves du concours susvisé.

Fait à _____

Le ____ / ____ / _____

Certificat établi depuis moins de six mois à la date des épreuves.

(Cachet du médecin agréé)

Signature