



**ANNEXE N°3 : DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES AU
CONCOURS EXTERNE OU INTERNE POUR L'ACCÈS AU CORPS DE TECHNICIEN D'ART DE
CLASSE NORMALE MÉTIERS DU TEXTILE, SESSION 2024, DU MINISTÈRE DE LA CULTURE**

**CERTIFICAT MÉDICAL :
DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES**

Je, soussigné(e), _____

docteur en médecine, médecin agréé de l'administration, certifie que

Mme/M. _____

Inscrit(e) au concours externe/interne (rayer la mention inutile) de technicien d'art de classe normale, métiers du textile du ministère de la culture, session 2024, spécialité : _____

Demeurant _____

- est atteint(e) d'un handicap qui ne nécessite pas un aménagement d'épreuves.
- est atteint(e) d'un handicap mais ne souhaite pas bénéficier d'un aménagement d'épreuves.
- est atteint(e) d'un handicap qui justifie l'application des dispositions suivantes : **cocher et/ou renseigner le tableau ci-dessous** :

Type d'aménagements	Épreuve écrite d'admissibilité	Epreuves orales d'admissibilité	Epreuve pratique d'admission	Épreuve d'admission de dessin
Majoration d'un tiers-temps				
Utilisation d'une machine à écrire, d'un ordinateur (à préciser)				
Assistance d'un(e) secrétaire				
Assistant spécialiste d'un mode de communication pour les candidats handicapés auditifs				
Accessibilité des locaux				
Aucun aménagement demandé				
Autres aménagements (à préciser)				

À _____, le

Signature :

Ce document est disponible dans l'espace candidat sur l'application d'inscription Cyclades à la rubrique « Les formulaires ». Le candidat doit faire parvenir ce document selon les modalités prévues dans l'arrêté d'ouverture du concours et la brochure d'informations.



ANNEXE N°4 : FICHE D'HONORAIRES POUR LE MEDECIN AGRÉÉ

Examen médical demandé par le ministère de la culture pour un éventuel aménagement des épreuves du concours externe ou interne pour l'accès au corps de technicien d'art de classe normale du ministère de la culture 2024 pour le candidat :

Nom et prénom du candidat	Date et intitulé du concours

Partie à compléter par le médecin (le médecin applique les tarifs conventionnels d'honoraires fixés en application du code de la sécurité sociale (cf. arrêté du 28 août 1998)).

Honoraires dus au médecin agréé

N° de Siret																(14 chiffres)
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------

Nom et prénom du patient	Date des épreuves	Montant des honoraires

TOTAL :

Arrêté le présent état à la somme de : _____ €

(en toutes lettres) : _____ €

Modalités de règlement (virement postal, bancaire, n° et intitulé de compte) : **(LORS DE LA PREMIÈRE DEMANDE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL)**

(Date, signature)

<p>Tampon du médecin agréé</p>

NB : le médecin agréé doit impérativement retourner cette fiche au bureau de l'action sociale - pôle action sociale - À l'attention de Mme Véronique GILLES FABRE – 182, rue Saint-Honoré - 75033 PARIS cedex 01 sauf pour les candidats du musée du Louvre et la bibliothèque nationale de France, qui doivent faire envoyer cette fiche à leur service de ressources humaines.

Ce document est disponible dans l'espace candidat sur l'application d'inscription Cyclades à la rubrique « Les formulaires ».