

# CERTIFICAT MEDICAL

## DEMANDE D'AMENAGEMENTS D'EPREUVES

Je, soussigné(e), .....  
docteur en médecine, médecin agréé de l'administration,  
certifie que M. /Mme.....  
inscrit(e) au concours sur titres d'architectes en chef des monuments historiques,  
demeurant.....  
.....  
.....

est atteint(e) d'un handicap qui justifie l'application des dispositions suivantes :  
**cocher et/ou renseigner le(s) tableau(x) ci-dessous :**

### MESURES PARTICULIERES CONCERNANT LES EPREUVES ORALES :

<u>Type d'aménagements</u>	
Majoration d'un tiers-temps prévu pour chaque épreuve	
Lecteur de sujet	
Accessibilité des locaux	
Aucun aménagement demandé	
Sujets grossis	
Accessibilité des locaux	
Autres aménagements (à préciser)	

- 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.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature :**

Le candidat doit retourner ce document à l'adresse suivante :

*Ministère de la culture et de la communication  
Secrétariat général / Service des ressources humaines  
Département du recrutement, de la mobilité et de la formation  
Concours sur titres d'architecte en chef des monuments historiques  
182, rue Saint-Honoré - 75033 Paris cedex 01*

au plus tard le 15 avril 2016 avant minuit, le cachet de la poste faisant foi.