



**ANNEXE N°3 : DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES AU
CONCOURS EXTERNE OU INTERNE D'ACCES AU CORPS DE CHEF DE TRAVAUX
D'ART, BRANCHE PROFESSIONNELLE CRÉATION CONTEMPORAINE
DOMAINE D'ACTIVITE TEXTILE 2023, DU MINISTÈRE DE LA CULTURE**

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

Je soussigné(e), _____

Docteur en médecine, médecin agréé de l'administration, certifie que
Mme/M. _____

Inscrit(e) au concours **au concours externe/interne** (rayer la mention inutile) de **chef de travaux d'art branche
professionnelle création contemporaine domaine d'activité textile, session 2023**

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 : écrit d'admissibilité	Épreuve : oral d'admissibilité	Épreuve : oral de cas pratique d'admission
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 de l'épreuve de l'examen professionnel pour le candidat

Nom et prénom du candidat	Date et intitulé de l'examen professionnel

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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																	(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)

Tampon du médecin agréé

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 ».