



**ANNEXE N°2 : DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES À L'EXAMEN
PROFESSIONNEL D'AVANCEMENT AU GRADE D'ADJOINT ADMINISTRATIF DES
ADMINISTRATIONS DE L'ÉTAT PRINCIPAL DE 2^{ème} CLASSE, SESSION 2024, 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) à l'examen professionnel d'adjoint administratif des administrations de l'État principal de 2ème classe, session 2024

Demeurant _____

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 orale 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) | |

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.

À _____, le _____

Signature :

Le candidat doit téléverser ce document dans son espace candidat sur l'application d'inscription Cyclades à la rubrique « Mes justificatifs », au plus tard le **1^{er} novembre 2023**, avant minuit, heure de Paris (date et heure de téléversement faisant foi).

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



ANNEXE N°3 : 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><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><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 ».