



**ANNEXE N°2 : DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVE À L'EXAMEN  
PROFESSIONNEL D'AVANCEMENT AU GRADE DE SECRÉTAIRE ADMINISTRATIF  
DE CLASSE EXCEPTIONNELLE SESSION 2021, 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 de secrétaire administratif de classe exceptionnelle session 2021

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 26 décembre 2020, avant minuit, heure de Paris (date et heure de téléversement faisant foi).



**MINISTÈRE  
DE LA CULTURE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

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

**Secrétariat général**

Service des ressources humaines

Sous-direction du pilotage et de la stratégie

Bureau du recrutement, des concours, des métiers et de l'évolution professionnelle

Secteurs concours et formation préparation concours

**ANNEXE N°3 : FICHE D'HONORAIRES POUR LE MEDECIN AGRÉÉ**

**FICHE D'HONORAIRES**

*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														<i>(14 chiffres)</i>
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------

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 ».