

ANNEXE N°2 : DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS D'ÉPREUVES

Titularisation des bénéficiaires à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés à l'issue de leur contrat d'apprentissage dans le corps des adjoints techniques des administrations de l'État

CERTIFICAT MÉDICAL : DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS D'ÉPREUVES

Je, soussigné(e), _____

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

Mme/M. _____

Inscrit(e) au dispositif de titularisation des bénéficiaires à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés
à l'issue de leur contrat d'apprentissage dans le corps des adjoints techniques des administrations de l'État.

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 orale d'admission
Majoration d'un tiers-temps	<input type="checkbox"/>	
Assistance d'un(e) secrétaire	<input type="checkbox"/>	
Assistant spécialiste d'un mode de communication pour les candidats handicapés auditifs	<input type="checkbox"/>	
Accessibilité des locaux	<input type="checkbox"/>	
Autres aménagements (à préciser)	<input type="checkbox"/>	

À _____, le _____

Signature :

Ce document doit être joint au dossier de candidature constitué par le candidat.

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

FICHE D'HONORAIRES

Examen médical demandé par le ministère de la culture pour un éventuel aménagement des épreuves de concours pour le candidat

Nom et prénom du candidat	Date(s) 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	<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 de l'examen	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- Saint-Honoré - 75033 PARIS cedex 01