



**ANNEXE N°3 : DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS D'ÉPREUVES AU
CONCOURS EXTERNE OU INTERNE POUR L'ACCÈS AU CORPS D'ICCEAAC, SESSION 2021,
DU MINISTÈRE DE LA CULTURE**

**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 concours externe ou interne d'inspecteur et conseiller de la création, des enseignements artistiques et de l'action culturelle du ministère de la culture session 2021

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	Épreuves écrites d'admissibilité	Épreuves orales 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 la brochure d'information de ces procédures.



**ANNEXE N°4 : FICHE D'HONORAIRES POUR LE MEDECIN AGRÉÉ
UNIQUEMENT POUR LES CANDIDATS INSCRITS AU CONCOURS INTERNE POUR L'ACCÈS AU CORPS
D'ICCEAAC, SESSION 2021, DU MINISTÈRE DE LA CULTURE**

FICHE D'HONORAIRES

Examen médical demandé par le ministère de la culture pour un éventuel aménagement des épreuves 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															(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 :

- pour un agent du ministère de la culture : au bureau de l'action sociale - pôle action sociale - Mme GILLES FABRE – 182, rue Saint-Honoré - 75033 PARIS cedex 1 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 ».