

MINISTERE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION

Secrétariat général  
Département du recrutement, de la mobilité et de la formation  
182, rue saint-Honoré - 75 033 PARIS CEDEX 01

**CERTIFICAT MEDICAL**

**DEMANDE D'AMENAGEMENTS D'EPREUVES**

Je, soussigné(e),....., docteur en  
médecine, médecin agréé de l'administration,  
certifie que M. /Mme.....  
Inscrit(e) au concours/ à l'examen professionnel de.....  
Demeurant.....  
.....  
.....  
.....

est atteint(e) d'un handicap qui justifie l'application des dispositions suivantes : **cocher et/ou renseigner le(s) tableau(x) ci-dessous :**

**MESURES PARTICULIERES CONCERNANT LES EPREUVES ECRITES :**

<b><u>Type d'aménagements</u></b>	
Majoration d'un tiers-temps pour l'épreuve de (à préciser)	
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	
Sujets en braille	
Sujets grossis	
Accessibilité des locaux	
Autres aménagements (à préciser)	

**MESURES PARTICULIERES CONCERNANT LES EPREUVES ORALES :**

<b><u>Type d'aménagements</u></b>	
Majoration d'un tiers-temps prévu pour chaque épreuve	
Lecteur de sujet	
Accessibilité des locaux	
Aucun aménagement demandé	
Sujets grossis	
Accessibilité des locaux	
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.

A \_\_\_\_\_, le

**Signature :**

Le candidat doit retourner ce document à l'adresse suivante :

Service interacadémique des examens et concours (SIEC)  
Division des concours (DEC 4)  
Bureau G 201  
Examen professionnel pour l'accès au grade d'adjoint(e) administratif(ve) de 1<sup>ère</sup> classe  
7, rue Ernest Renan  
94 749 ARCUEIL Cedex

au plus tard le 25 septembre 2015 avant minuit, le cachet de la poste faisant foi.