

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 :

<u>Type d'aménagements</u>	
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 :

<u>Type d'aménagements</u>	
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 d'ingénieur(e) de recherche hors classe 2015
7, rue Ernest Renan
94 749 ARCUEIL Cedex

au plus tard le 2 mars avant minuit, le cachet de la poste faisant foi.