

**ANNEXE N°2 : DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES À L'EXAMEN
PROFESSIONNEL D'AVANCEMENT AU GRADE DE HORS CLASSE DU CORPS
D'INGÉNIEUR DE RECHERCHE DU MINISTÈRE DE LA CULTURE**

MINISTÈRE DE LA CULTURE
Secrétariat général - Département du recrutement, de la mobilité et de la formation
Bureau des concours et de la préparation aux examens

**CERTIFICAT MÉDICAL : DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS
D'ÉPREUVE**

Je, soussigné(e), _____

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

M./Mme _____

Inscrit(e) à l'examen professionnel d'ingénieur de recherche hors classe

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 :

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

Le candidat doit téléverser ce document, au plus tard le 9 avril 2020, avant minuit, heure de Paris (date de téléversement faisant foi) dans l'espace candidat de l'application d'inscription Cyclades à la rubrique « Mes justificatifs ».

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

MINISTÈRE DE LA CULTURE
Secrétariat général - Département du recrutement, de la mobilité et de la formation
Bureau des concours et de la préparation aux examens
182, rue Saint-Honoré - 75033 PARIS CEDEX 01

FICHE D'HONORAIRES

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (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-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.