



## CERTIFICAT MÉDICAL

À faire remplir par un médecin agréé autre que le médecin traitant du candidat

**UNIQUEMENT** pour les candidats souhaitant bénéficier d'un aménagement d'épreuve(s)

Je soussigné(e),

**Docteur (NOM et Prénom) :** .....

Médecin agréé par arrêté préfectoral

Adresse complète : .....

Date de la consultation : .../.../.....

Certifie :

Ne pas être **le médecin traitant de**

M. Mme (*Nom/prénom*) , né(e) le .../.../....

l'avoir examiné(e) ce jour et avoir consulté son dossier médical.

Atteste que :

M. Mme (*Nom/prénom*) **est une personne en situation de handicap** qui nécessite que ses épreuves soient aménagées afin de lui permettre de composer dans des conditions compatibles avec sa situation compte tenu de la forme et de la durée des épreuves.

que le handicap du (de la) candidat(e) est compatible avec l'exercice des fonctions de « *auxiliaire de soins principal de 2<sup>ème</sup> classe* ».

**Ces aménagements doivent avoir pour seul objet de rétablir l'égalité entre les candidats et non de créer une inégalité au détriment des candidats qui ne sont pas en situation de handicap (CE 21/01/1991 Melle Stickel).**

**Après avoir pris connaissance du descriptif des fonctions et des épreuves, indiquer la nature des aides humaines et/ou techniques nécessaires à ce candidat (voir fonctions et nature des épreuves jointes à ce document) :**

Pour les épreuves orales obligatoires:

Octroi d'un tiers temps supplémentaire pour la préparation

Autre(s), préciser la nature de l'aménagement nécessaire (ex : présence d'un interprète en langue des signes, utilisation d'un appareillage, etc...) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RAPPEL** : Nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire s'il ne remplit pas les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction.

Fait le .....

Signature et cachet du médecin agréé