



EXAMEN PROFESSIONNEL D'ADJOINT ADMINISTRATIF TERRITORIAL PRINCIPAL DE 2<sup>ÈME</sup> CLASSE  
SESSION 2024/2025

# CERTIFICAT MÉDICAL DU MÉDECIN AGRÉÉ

À faire remplir par un médecin agréé autre que le médecin traitant du candidat **UNIQUEMENT** pour les candidats en situation de handicap et souhaitant bénéficier d'un aménagement d'épreuve(s).

(à retourner au CDG 49 avant le **1<sup>er</sup> février 2025**, délai de rigueur)

(le certificat doit avoir été établi moins de 6 mois avant le déroulement des épreuves)

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 :

Mme/M. (NOM/Prénom) : ..... né(e) le ..... / ..... / .....

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

Atteste que :

Mme/M. (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.

**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 Mlle Stickel).**

**Après avoir pris connaissance du descriptif des fonctions liées au grade et aux épreuves des concours ou examens permettant d'y accéder (cf Extrait de la brochure en annexe), vous voudrez bien nous indiquer la nature des aides techniques et/ou humaines nécessaires à ce candidat :**

**1/** aménagement(s) pour l'épreuve écrite d'admissibilité pour l'examen professionnel d'adjoint administratif principal de 2<sup>ème</sup> classe, session 2024/2025 :

Octroi d'un tiers temps supplémentaire de composition

Autre(s) aménagement(s) et aide(s) pouvant être fourni(s) par l'organisateur :

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

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

**2/** Aménagement pour l'épreuve orale d'admission de l'examen professionnel d'adjoint administratif principal de 2<sup>ème</sup> classe, session 2024/2025 :

- Octroi d'un tiers temps supplémentaire.
- Autre(s) aménagement(s) et aide(s) pouvant être fourni(s) par l'organisateur :

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

**3/** Informations pouvant être communiquées au service concours :

- Candidat(e) en fauteuil roulant (pour prévoir une facilitation d'accès)
- Appareillage spécifique nécessaires aux candidats pendant la durée des épreuves (exemple : appareil respiratoire, matériel pour diabétique...)
- Accès facilité aux sanitaires
- Autre :

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

**RAPPEL IMPORTANT** : 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 à : ..... Le : .....

Signature et cachet du médecin agréé :

# ANNEXE

## EXAMEN PROFESSIONNEL D'ADJOINT ADMINISTRATIF TERRITORIAL PRINCIPAL DE 2<sup>ÈME</sup> CLASSE SESSION 2024/2025

### I – LE PRINCIPE

#### DISPOSITIONS APPLICABLES AUX CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP

Si vous êtes en situation de handicap, vous pouvez bénéficier d'un aménagement des épreuves prévu par la réglementation. Après l'avoir indiqué en cochant lors de la préinscription « personne en situation de handicap », vous devez faire compléter le modèle de certificat médical fourni par le CDG 49 (disponible dans votre accès sécurisé) par un médecin agréé par le préfet du département de votre lieu de résidence (si possible compétent en matière de handicap), précisant l'aménagement nécessaire. Ce justificatif devra être transmis au service concours au plus tard **le 1<sup>er</sup> février 2025** (article 2 du décret n° 2020-523 du 4 mai 2020).

La liste des médecins agréés est accessible sur <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>.

### II – NATURE DES ÉPREUVES

#### L'ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ

Une épreuve écrite à caractère professionnel portant sur les missions incombant aux membres du cadre d'emploi. Cette épreuve consiste, à partir de documents succincts remis au candidat, en trois à cinq questions appelant des réponses brèves ou sous forme de tableaux et destinées à vérifier les capacités de compréhension du candidat et son aptitude à retranscrire les idées principales des documents (durée : une heure trente ; coefficient 2).

#### L'ÉPREUVE D'ADMISSION

Un entretien destiné à permettre d'apprécier l'expérience professionnelle du candidat, sa motivation et son aptitude à exercer les missions qui lui seront confiées. Cet entretien débute par une présentation par le candidat de son expérience professionnelle sur la base d'un document retraçant son parcours professionnel et suivie d'une conversation. Ce document, établi conformément au modèle fixé par arrêté du ministre chargé des collectivités locales, est fourni par le candidat au moment de son inscription et remis au jury préalablement à cette épreuve (durée : quinze minutes, dont cinq minutes au plus d'exposé ; coefficient 3).

### III – CONDITIONS D'ATTRIBUTION

Les aides et aménagements d'épreuves sollicités sont accordés par le médecin agréé, en fonction de la nature du handicap.

Ils doivent permettre aux personnes dont les moyens sont diminués de concourir dans les mêmes conditions que les autres candidats, sans leur donner un avantage supplémentaire afin de ne pas rompre le principe d'égalité entre les candidats. Ils ne peuvent donc avoir pour effet de modifier la finalité, la forme et le contenu des épreuves.

Les aides et aménagements sollicités sont mis en œuvre par l'autorité organisatrice sous réserve que les charges afférentes ne soient pas disproportionnées au regard des moyens, notamment matériels et humains, dont elle dispose.



## NOTE D'HONORAIRES

### À REMETTRE AU MÉDECIN AGRÉÉ LORS DE LA VISITE

Les honoraires seront réglés au médecin par le Centre de gestion de la fonction publique territoriale du Maine-et-Loire.  
Pour ce faire, le médecin devra déposer ce document sur le portail CHORUS PRO.

IL NE SERA PROCÉDÉ À AUCUN REMBOURSEMENT DIRECT AU CANDIDAT. LA CARTE VITALE NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉE.

### À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN AGRÉÉ LORS DE LA VISITE

Nom Prénom et spécialité du médecin agréé (ou cabinet/groupement médical) :

.....  
.....

Nom et prénom du candidat examiné : .....

Date de naissance du candidat examiné : .....

Date de la visite médicale : .....

Montant des honoraires : .....

Numéro de Siret du médecin : .....

Adresse du médecin : .....

Tel : .....

Signature et cachet du médecin agréé

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UN RIB**

#### IMPORTANT / OBLIGATION DE DÉMATÉRIALISATION DES FACTURES À DESTINATION DU SECTEUR PUBLIC

Il est obligatoire d'adresser sous forme électronique les factures destinées aux administrations publiques, au travers de la plateforme Chorus Pro : <https://chorus-pro.gouv.fr>. Vous pouvez également remplir cette obligation en utilisant un logiciel de gestion comptable, un portail ou logiciel spécialisé interfacé directement avec Chorus Pro.

Coordonnées de facturation : **CDG 49 – 9 rue du Clon – 49000 ANGERS**

N° SIRET : **284 900 024 00019**

Pas de numéro d'engagement ni de code service

Informations et formations accessibles gratuitement sur le site : <https://communaute.chorus-pro.gouv.fr/>