

## CERTIFICAT MÉDICAL

### (Uniquement pour les candidats en situation de handicap)

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 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 « *GRADE AUQUEL*

*LE*  
*CONCOURS OU EXAMEN DONNE ACCÈS* »

**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 Stichel).**

**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 au dos de ce document*) :**

**Pour les épreuves écrites obligatoires et facultatives :**

- Octroi d'un tiers temps supplémentaire de composition  
 Installation spécifique de la salle d'épreuve  
Préciser :  
.....  
 Installation de matériel particulier  
Préciser : .....  
 Mise à disposition d'un ordinateur.  
Préciser avec ou sans correcteur orthographique : .....  
 Aide d'une tierce personne pour la lecture du sujet  
 Aide d'une tierce personne pour répondre avec un ordinateur sous la dictée du candidat (lecteur scripteur).  
 Autre(s) (Ex : sujets type Braille, agrandissement des sujets...):  
.....  
.....

**Pour les épreuves orales obligatoires et facultatives :**

- 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

## **EXAMEN PROFESSIONNEL D'ADJOINT ADMINISTRATIF PRINCIPAL DE 2<sup>e</sup> CLASSE PAR VOIE D'AVANCEMENT DE GRADE 2025**

### **Définition des fonctions**

Les adjoints administratifs territoriaux sont chargés de tâches administratives d'exécution, qui supposent la connaissance et comportent l'application de règles administratives et comptables.

Ils peuvent être chargés d'effectuer divers travaux de bureautique et être affectés à l'utilisation des matériels de télécommunication.

Ils peuvent être chargés d'effectuer des enquêtes administratives et d'établir des rapports nécessaires à l'instruction de dossiers.

Ils peuvent être chargés de placer les usagers d'emplacements publics, de calculer et de percevoir le montant des redevances exigibles de ces usagers.

Lorsqu'ils relèvent des grades d'avancement, les adjoints administratifs territoriaux assurent plus particulièrement les fonctions d'accueil et les travaux de guichet, la correspondance administrative et les travaux de comptabilité.

Ils peuvent participer à la mise en œuvre de l'action de la collectivité dans les domaines économique, social, culturel et sportif.

Ils peuvent être chargés de la constitution, de la mise à jour et de l'exploitation de la documentation ainsi que de travaux d'ordre.

Ils peuvent centraliser les redevances exigibles des usagers et en assurer eux-mêmes la perception.

Ils peuvent être chargés d'assurer la bonne utilisation des matériels de télécommunication.

Ils peuvent être chargés du secrétariat de mairie dans une commune de moins de 2 000 habitants.

Ils peuvent se voir confier la coordination de l'activité d'adjoints administratifs territoriaux du premier grade.

### **Nature des épreuves**

L'examen professionnel comporte les épreuves suivantes :

1° Une épreuve écrite à caractère professionnel portant sur les missions incombant aux membres du cadre d'emplois. 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).

Cette épreuve est anonyme et fait l'objet d'une double correction.

Sont autorisés à se présenter à l'épreuve orale les candidats ayant obtenu une note égale ou supérieure à 5 sur 20 à l'épreuve écrite :

2° 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 un 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).



Document à transmettre via Chorus ([www.chorus-pro.gouv.fr](http://www.chorus-pro.gouv.fr)).

Paiement par mandat administratif à 30 jours après dépôt de la note d'honoraire.

N° SIRET 287 708 325 00025

**JOINDRE UN RIB PROFESSIONNEL POUR LES NOUVEAUX FOURNISSEURS**

**Examen professionnel d'ADJOINT ADMINISTRATIF PRINCIPAL DE 2<sup>e</sup> CLASSE  
PAR VOIE D'AVANCEMENT DE GRADE 2025**

**NOTE D'HONORAIRES**

À remettre lors de la visite au médecin agréé et à renvoyer par ce dernier selon les modalités énoncées ci-dessus. La visite sera réglée au médecin par le Centre de gestion.

**Il ne sera procédé à aucun remboursement direct au candidat (la carte Vitale ne doit pas être utilisée).**

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN**

Je soussigné(e),

**Nom et spécialité du médecin agréé :** .....

**SIRET et adresse du médecin agréé :** .....

.....

certifie avoir reçu en vue d'un éventuel aménagement d'épreuve pour l'examen professionnel d'Adjoint administratif principal de 2<sup>e</sup> classe par voie d'avancement de grade

**Nom et prénom de la personne examinée :** .....

**Date de la consultation :** .....

**Montant total de la visite\* :** .....

J'arrête le présent état à la somme de ..... (en toutes lettres) correspondant au tarif conventionnel de remboursement du régime général de sécurité sociale, payable à mon compte courant : joindre un relevé d'identité bancaire professionnel.

**Cachet et signature du médecin agréé :**

\* Les tarifs d'honoraires des médecins agréés sont fixés par l'arrêté du 3 juillet 2007. Application des tarifs conventionnels de sécurité sociale **consultation au cabinet C – 26,50 €**