

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 D'ÉDUCATEUR DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES PRINCIPAL DE 2^E 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 au dos de ce document) :

☐ **Pour l'épreuve écrite :**

☐ 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 l'épreuve orale :**

☐ Octroi d'un tiers temps supplémentaire pour la passation

☐ 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 PAR VOIE D'AVANCEMENT DE GRADE D'ÉDUCATEUR TERRITORIAL DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES PRINCIPAL DE 2^e CLASSE 2027

Définition des fonctions

Les membres du cadre d'emplois des éducateurs territoriaux des activités physiques et sportives préparent, coordonnent et mettent en œuvre sur le plan administratif, social, technique, pédagogique et éducatif des activités physiques et sportives de la collectivité ou de l'établissement public.

Ils encadrent l'exercice d'activités sportives ou de plein air par des groupes d'enfants, d'adolescents et d'adultes.

Ils assurent la surveillance et la bonne tenue des équipements.

Ils veillent à la sécurité des participants et du public.

Ils peuvent encadrer des agents de catégorie C.

Pour les activités de natation, les éducateurs territoriaux des activités physiques et sportives recrutés par concours externe doivent être titulaires du titre de maître-nageur sauveteur.

Les éducateurs territoriaux des activités physiques et sportives exerçant leurs fonctions dans les piscines peuvent être chefs de bassin.

Les titulaires des grades d'éducateur principal des activités physiques et sportives de 2^e classe et d'éducateur principal des activités physiques et sportives de 1^{re} classe ont vocation à occuper des emplois qui, relevant des domaines d'activité mentionnés ci-dessus, correspondent à un niveau particulier d'expertise.

Ils encadrent les participants aux compétitions sportives.

Ils peuvent participer à la conception du projet d'activités physiques et sportives de la collectivité ou de l'établissement, à l'animation d'une structure et à l'élaboration du bilan de ces activités. Ils peuvent être adjoints au responsable de service.

Nature des épreuves

L'épreuve écrite consiste en la rédaction d'un rapport, assorti de propositions opérationnelles, à partir des éléments d'un dossier portant sur l'organisation des activités physiques et sportives dans les collectivités territoriales (durée : 3 heures ; coefficient 1).

L'épreuve orale d'admission consiste en un entretien ayant pour point de départ un exposé du candidat sur les acquis de son expérience professionnelle et se poursuivant par des questions devant permettre au jury d'apprécier les connaissances professionnelles, les facultés d'analyse et de réflexion du candidat ainsi que sa motivation et son aptitude à l'encadrement (durée : 20 minutes, dont 5 minutes au plus d'exposé ; coefficient 1).

Document à transmettre via Chorus (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 par voie d'avancement de grade d'éducateur des activités physiques et sportives principal de 2^e classe 2027

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 par voie d'avancement de grade d'éducateur des activités physiques et sportives principal de 2^e classe.

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 – 30 €**