

CERTIFICAT MÉDICAL

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

UNIQUEMENT pour les candidats en situation de handicap souhaitant bénéficier d'un aménagement d'épreuve(s)

Pour les honoraires du médecin agréé, paiement du praticien par le CDG82 (Cf. formulaire joint)

À retourner au CDG82 avant le 20 mars 2025 à service.concours@cdg82.fr

Je soussigné(e), **Docteur (NOM et Prénom)** :

Médecin agréé par Préfecture du département de

Adresse complète :

.....Tel :

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

Certifie 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.

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. 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 :

Pour l'épreuve écrite obligatoire :

- Octroi d'un tiers temps supplémentaire de composition.
- Mise à disposition d'un ordinateur avec traitement de texte, sans correcteur orthographique.
Préciser le besoin :
- Autre(s) (Exemple : sujets type Braille, agrandissement des sujets, aide d'une tierce personne, ...) :
.....

Pour l'épreuve orale obligatoire :

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

Atteste :

- ne pas être le médecin traitant de l'intéressé(e) ;
- avoir pris connaissance des épreuves du concours décrites en page suivante ;
- que l'octroi de ces aides et aménagements ne procure aucun avantage supplémentaire au candidat bénéficiaire, au détriment des autres candidats, et qu'il est conforme au principe d'égalité de traitement de tous les candidats.

Le présent certificat est établi pour faire valoir ce que de droit.

Fait le

Signature et cachet du médecin agréé

Modalités de demande d'aménagement d'épreuves
*(À présenter au médecin agréé)***1- Principe**

Tout candidat en situation de handicap peut demander à bénéficier d'aides et d'aménagements lors des épreuves. (décret n° 2020-523 du 4 mai 2020 relatif à la portabilité des équipements contribuant à l'adaptation du poste de travail et aux dérogations aux règles normales des concours, des procédures de recrutement et des examens en faveur des agents publics et des candidats en situation de handicap).

Seul un médecin agréé, régulièrement inscrit sur une liste établie par le préfet de département, est compétent pour décrire par le biais d'un certificat médical les aides et aménagements dont a besoin le candidat pour passer les épreuves. Ce médecin ne peut pas être le médecin traitant du candidat.

2- Nature des épreuves**ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ**

Rédaction d'un rapport technique portant sur la spécialité au titre de laquelle le candidat concourt. Ce rapport est assorti de propositions opérationnelles.
(durée : trois heures ; coefficient 1).

ÉPREUVE D'ADMISSION

Entretien ayant pour point de départ un exposé du candidat portant sur son expérience professionnelle ; elle se poursuit par des questions techniques, notamment dans la spécialité au titre de laquelle le candidat concourt.
(durée : 20 minutes, dont 5 minutes au plus d'exposé ; coefficient 1.)

3- Détermination des aides et aménagements d'épreuves et 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 MEDECIN AGRÉÉ LORS DE LA VISITE.**

Les honoraires seront réglés au médecin par le CDG82.

**Pour ce faire, le médecin devra déposer ce document, accompagné du RIB, 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 MEDECIN 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 :

Cachet et signature du médecin :

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 :

CDGFPT 82

N° SIRET : 28820002500014

Pas de numéro d'engagement ni de code service.

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