

**ANNEXE N°3: DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS D'ÉPREUVES AU CONCOURS
EXTERNE OU INTERNE POUR L'ACCÈS AU CORPS D'INGÉNIEUR DE
RECHERCHE DE 2^{ème} CLASSE DU MINISTÈRE DE LA CULTURE**

*MINISTÈRE DE LA CULTURE
Secrétariat général – Sous-direction du pilotage et de la stratégie
Bureau du recrutement, des concours, des métiers et de l'évolution professionnelle*

**CERTIFICAT MÉDICAL : DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS
D'ÉPREUVES**

Je, soussigné(e), _____

docteur en médecine, médecin agréé de l'administration, certifie que

Mme/M. _____

Inscrit(e) au concours externe / interne d'ingénieur de recherche de 2^{ème} classe du ministère de la culture, session 2020

Demeurant _____

- est atteint(e) d'un handicap qui ne nécessite pas un aménagement d'épreuves.
- est atteint(e) d'un handicap mais ne souhaite pas bénéficier d'un aménagement d'épreuves.
- est atteint(e) d'un handicap qui justifie l'application des dispositions suivantes : **cocher et/ou renseigner le tableau ci-dessous :**

Type d'aménagements		Épreuve orale d'admission
Majoration d'un tiers-temps		
Assistance d'un(e) secrétaire		
Assistant spécialiste d'un mode de communication pour les candidats handicapés auditifs		
Accessibilité des locaux		
Autres aménagements (à préciser)		

À _____, le

Signature :

Ce document est disponible dans l'espace candidat sur l'application d'inscription Cyclades à la rubrique « Les formulaires ».

Le candidat doit téléverser ce document dans l'espace candidat de l'application d'inscription Cyclades <https://exacyc.orion.education.fr/cyccandidat/portal/accueil?codeER=&domaine=>, à la rubrique « Les formulaires », au plus tard le 1^{er} février 2021 avant minuit, heure de Paris (date de téléversement faisant foi).

**ANNEXE N°4 : FICHE D'HONORAIRES POUR LE MÉDECIN AGRÉÉ
UNIQUEMENT POUR LES CANDIDATS INSCRITS AU CONCOURS INTERNE**

MINISTÈRE DE LA CULTURE
Secrétariat général – Sous-direction du pilotage et de la stratégie
Bureau du recrutement, des concours, des métiers et de l'évolution professionnelle
182, rue Saint-Honoré - 75033 PARIS cedex 01

FICHE D'HONORAIRES

Examen médical demandé par le ministère de la culture pour un éventuel aménagement des épreuves de concours pour le candidat

Nom et prénom du candidat	Date(s) et intitulé du concours

Partie à compléter par le médecin (le médecin applique les tarifs conventionnels d'honoraires fixés en application du code de la sécurité sociale (cf. arrêté du 28 août 1998)).

Honoraires dus au médecin agréé

N° de Siret																<i>(14 chiffres)</i>
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------

Nom et prénom du patient	Date de l'examen	Montant des honoraires

TOTAL :

Arrêté le présent état à la somme de : _____ €

(en toutes lettres) : _____ €

Modalités de règlement (virement postal, bancaire, n° et intitulé de compte) : **(LORS DE LA PREMIÈRE DEMANDE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL)**

(Date, signature)

Tampon du médecin agréé

NB : le médecin agréé doit impérativement retourner cette fiche au bureau de l'action sociale - pôle action sociale - À l'attention de Mme Véronique GILLES FABRE – 182, rue Saint-Honoré - 75033 PARIS cedex 01