

**ANNEXE N°3 : DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS D'ÉPREUVES AU CONCOURS  
EXTERNE OU INTERNE POUR L'ACCÈS AU CORPS D'ADJOINT  
TECHNIQUE PRINCIPAL DE 2EME CLASSE D'ACCUEIL, DE  
SURVEILLANCE ET DE MAGASINAGE DU MINISTÈRE DE LA CULTURE**

*MINISTÈRE DE LA CULTURE  
Secrétariat général - Département du recrutement, de la mobilité et de la formation  
Bureau des concours et de la préparation aux examens*

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

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_

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

M./Mme \_\_\_\_\_

Inscrit(e) au concours externe ou interne d'adjoint technique principal de 2ème classe d'accueil, de surveillance et de magasinage du ministère de la culture

Demeurant \_\_\_\_\_

est atteint(e) d'un handicap qui justifie l'application des dispositions suivantes : **cocher et/ou renseigner le tableau ci-dessous** :

Type d'aménagements	Épreuves écrites d'admissibilité	Épreuve écrite d'admission	Épreuve orale d'admission
Majoration d'un tiers-temps			
Utilisation d'une machine à écrire, d'un ordinateur (à préciser)			
Assistance d'un(e) secrétaire			
Assistant spécialiste d'un mode de communication pour les candidats handicapés auditifs			
Accessibilité des locaux			
Aucun aménagement demandé			
Autres aménagements (à préciser)			

- 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.

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, au plus tard le 19 mars 2020, avant minuit, heure de Paris (date de téléversement faisant foi) dans l'espace candidat de l'application d'inscription Cyclades à la rubrique « Mes justificatifs ».**

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

**MINISTÈRE DE LA CULTURE  
Secrétariat général - Département du recrutement, de la mobilité et de la formation  
Bureau des concours et de la préparation aux examens  
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**