

Demande d'aménagement d'épreuves pour les candidats présentant un handicap

La demande doit être formulée sans délai et au plus tard le **18 MARS 2026**

Vous adresserez cette demande, accompagnée des pièces médicales, au médecin désigné par la CDAPH de votre département de résidence.
Une copie de cette demande dûment renseignée, sans les pièces médicales, doit être adressée au Département Admissions et Scolarité de l'ENAC à stephanie.fontaine@enac.fr

INFORMATION SUR LE CANDIDAT

NOM :

PRÉNOM :

Né(e) le :

Adresse personnelle :

Tél domicile :

tel portable :

email* :

*** La notification définitive vous sera adressée par mail à cette adresse au plus tard le 22 AVRIL 2026.**

Je demande à bénéficier d'un aménagement des épreuves de concours sur le fondement de l'article L352-3 du code général de la fonction publique pour l'examen professionnel TSEEAC.

Candidat : NOM : _____ Prénom : _____	Aménagements demandés (à renseigner par le candidat)			Avis du médecin agréé par l'administration chaque rubrique doit être renseignée	Décision du service organisateur du concours
	EXAMEN PROFESSIONNEL TSEEAC				
Organisation du temps Temps majoré dans la limite du tiers temps : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour les épreuves écrites ▪ Pour les épreuves orales ▪ Pour la préparation des épreuves orales ▪ Autres _____ 	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>			<div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div>	<div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div>
Accès aux locaux Accessibilité des locaux (PMR) Autre _____	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>			<div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div>	<div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div>
Aide technique Utilisation d'un ordinateur fourni par le centre et rédaction sur des copies informatisées (modèle fourni par l'école pour les épreuves rédactionnelles) Agrandissement des sujets : A3 Autres (à préciser) : _____	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>			<div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div>	<div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div>
Cachet et signature du médecin agréé (page 1)					

Candidat : NOM : _____ Prénom : _____	Aménagements demandés (à renseigner par le candidat)			Avis du médecin agréé par l'administration chaque rubrique doit être renseignée	Décision du service organisateur du concours
	EXAMEN PROFESSIONNEL TSEEAC				
Aide humaine Secrétaire (rédaction sous la dictée du candidat) Accompagnement nécessairement effectué par l'aide habituelle (Assistant de vie dépendance et handicap AVDH) Autre _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Fait à :

Le :

Signature du candidat :

Je soussigné, docteur

inscrit sur la liste des médecins agréés par l'administration dans le département :

spécialité :

Atteste au vu des documents fournis et de l'examen médical de M/Mme

que cette personne présente un handicap au sens de l'art L.114 du code de l'action sociale et des familles :

"Constitue un handicap [...], toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant."

conduisant à suggérer la mise en œuvre des dispositions de compensations ci-dessus mentionnées pour participer dans les conditions les plus équitables aux épreuves de l'examen professionnel TSEEAC de l'ENAC.

Date

Cachet et signature (page2)

Aucun aménagement ne peut être accordé s'il n'est pas conforme à la réglementation en vigueur.

L'avis du médecin désigné est une proposition faite à l'ENAC, seule décisionnaire des aménagements accordés, qu'elle notifie par retour de mail au candidat.

Aménagements accordés par Sandra CAMPEGGI-GARCIA, cheffe du département Admissions et Scolarité pour l'examen professionnel TSEEAC, le