

ANNEXE 1 : DEMANDE D'AMÉNAGEMENT SPÉCIFIQUE

CERTIFICAT MÉDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN AGRÉÉ

Justifiant d'aménagements particuliers pour un concours de la fonction publique

À téléverser sur votre espace personnel candidat au plus tard

le 26 juin 2026 à 23h59 (heure de Paris), délai de rigueur

Concours pro TSCDD / TSCDD-59

EPREUVE ECRITE	EPREUVE ORALE
<p>1. Cadre à remplir par le candidat : Nom et prénom du candidat Né(e) le..... à.....</p> <p>2. Partie à remplir par le médecin agréé par l'ARS, dater, signer et à remettre au candidat : Je soussigné(e) praticien(ne) agréé certifie que ce candidat doit bénéficier, lors des épreuves écrites : (cocher les aménagements souhaités)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> installation dans une salle spécifique<input type="checkbox"/> majoration d'un tiers-temps prévu pour chaque épreuve<input type="checkbox"/> ordinateur équipé d'un traitement de texte<input type="checkbox"/> sujet en braille (préciser « abrégé » ou « intégral » :<input type="checkbox"/> assistance d'un(e) secrétaire<input type="checkbox"/> mobilier adapté pour fauteuil roulant<input type="checkbox"/> autre aménagement demandé (préciser) : <p>..... Observations éventuelles du médecin agréé :</p> <p>Fait à ... le.....</p>	<p>1. Cadre à remplir par le candidat : Nom et prénom du candidat Né(e) le..... à.....</p> <p>2. Partie à remplir par le médecin agréé par l'ARS, dater, signer et à remettre au candidat : Je soussigné(e) praticien(ne) agréé certifie que ce candidat doit bénéficier, lors des épreuves orales : (cocher les aménagements souhaités)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> majoration d'un tiers-temps prévu pour chaque épreuve<input type="checkbox"/> ordinateur équipé d'un traitement de texte-<input type="checkbox"/> sujet en braille (préciser « abrégé » ou « intégral » :<input type="checkbox"/> assistance d'un(e) secrétaire<input type="checkbox"/> visioconférence<input type="checkbox"/> mobilier adapté pour fauteuil roulant<input type="checkbox"/> autre aménagement demandé (préciser) : <p>..... Observations éventuelles du médecin agréé :le.....</p> <p>Fait à ... le.....</p>

ANNEXE 1-bis: DEMANDE D'AMÉNAGEMENT SPÉCIFIQUE

**Partie à compléter par le médecin agréé pour le règlement de ses honoraires,
et à retourner accompagnée d'un RIB à :**

MTE – SG/DRH/SDPCT/RM1 – Grande Arche de la Défense
Pôle PCT
Concours pro TSCDD / TSCDD-59
92055 LA DÉFENSE Cedex

Nom et prénom du/de la candidat(e) :

Numéro SIRET du médecin agréé :

Cachet et signature du praticien