



**ANNEXE N°3 : DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES AU CONCOURS EXTERNE OU
INTERNE POUR L'ACCÈS AU CORPS DE TECHNICIEN D'ART DE CLASSE NORMALE DU
MINISTÈRE DE LA CULTURE, SESSION 2024**

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

Je, soussigné(e), _____

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

Mme/M. _____

Inscrit(e) **au concours externe/interne** (rayer la mention inutile) **de technicien d'art de classe normale, spécialité
végétaux du ministère de la culture, session 2024**

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 écrite d'admissibilité	Épreuves orales d'admissibilité	Épreuve pratique 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)			

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 faire parvenir ce document selon les modalités prévues dans l'arrêté d'ouverture du concours et la brochure d'information.



ANNEXE N°4 : FICHE D'HONORAIRES POUR LE MEDECIN AGRÉÉ
UNIQUEMENT POUR LES CANDIDATS INSCRITS AU CONCOURS INTERNE POUR L'ACCÈS AU CORPS
DE TECHNICIEN D'ART DE CLASSE NORMALE, SPECIALITE VEGETAUX DU MINISTERE DE LA
CULTURE, SESSION 2024

FICHE D'HONORAIRES

Examen médical demandé par le ministère de la culture pour un éventuel aménagement des épreuves 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																		(14 chiffres)
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------

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 :

- pour un agent du ministère de la culture : au bureau de l'action sociale - pôle action sociale - Mme GILLES FABRE – 182, rue Saint-Honoré - 75033 PARIS cedex 1 sauf pour les candidats du musée du Louvre et la bibliothèque nationale de France, qui doivent faire envoyer cette fiche à leur service de ressources humaines.

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