



**ANNEXE N°2 : DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES**

**Examen professionnel d'avancement au grade de secrétaire administratif de classe exceptionnelle  
session 2025, du ministère de la culture**

Formulaire à téléverser dans Cyclades, **au plus tard le 4 novembre 2024 avant minuit, date et heure de Paris.**

**CERTIFICAT MÉDICAL : DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES  
POUR LES CANDIDATS RECONNUS TRAVAILLEUR HANDICAPÉ**

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_

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

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

Inscrit(e) à l'examen professionnel de secrétaire administratif de classe exceptionnelle session 2025

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	
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 ».



**ANNEXE N° 2BIS : DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES**  
**Examen professionnel d'avancement au grade secrétaire administratif de classe exceptionnelle**  
**session 2025, du ministère de la culture**

Formulaire à téléverser dans Cyclades, **au plus tard le 13 décembre 2024 avant minuit, date et heure de Paris.**

**CERTIFICAT MÉDICAL : DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES POUR LES  
CANDIDATS RELEVANT DU DECRET N° 2017-1748 DU 22 DECEMBRE 2017**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

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

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

Inscrit(e) à l'examen professionnel de secrétaire administratif de classe exceptionnelle session 2025

Demeurant \_\_\_\_\_

**L'arrêté du 22 décembre 2017 fixant les conditions de recours à la visioconférence pour l'organisation des voies d'accès à la fonction publique de l'Etat, définit les situations pour lesquelles l'épreuve orale peut se dérouler en visioconférence. Cocher la situation du candidat qui s'y rapporte :**

état de grossesse

état de santé

qui ne nécessite pas l'organisation de l'épreuve orale d'admissibilité en visioconférence.

qui justifie l'organisation de l'épreuve orale d'admissibilité en visioconférence

À

, le

**Signature :**

La visioconférence est organisée par le BRECOMEP comme mentionné à l'article 7.3 de la brochure d'informations du concours.

Ce document est également 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'informations.



### ANNEXE N°3 : FICHE D'HONORAIRES POUR LE MEDECIN AGRÉÉ

Examen médical demandé par le ministère de la culture pour un éventuel aménagement de l'épreuve de l'examen professionnel pour le candidat

Nom et prénom du candidat	Date et intitulé de l'examen professionnel

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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																(14 chiffres)

Nom et prénom du patient	Date des épreuves	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 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 ».**