

**CERTIFICAT MEDICAL POUR AMENAGEMENTS D'EPREUVES  
(à établir par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé)**

**La liste des médecins agréés est disponible ici :**

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>

Je soussigné-e,

**Docteur (NOM-Prénom) :** .....

Médecin agréé par arrêté préfectoral

Adresse postale : .....

Date de la consultation : ...../...../.....

Atteste que **M./Mme (NOM-Prénom)** .....

Est une personne en situation de handicap qui nécessite, **compte-tenu de la forme et de la durée des épreuves, que celles-ci soient aménagées** afin de lui permettre d'y participer dans des conditions compatibles avec sa situation.

Indiquer ci-dessous la nature des aménagements nécessaires à ce candidat :

Un temps supplémentaire (tiers-temps) :

- Pour les épreuves orales
- Pour les écrits
- Pour les épreuves pratiques

Une assistance (ex : secrétariat)

Des outils bureautiques adaptés. Préciser ci-dessous le besoin :

.....

Des formats de sujets adaptés :

- Agrandis
- En braille

Un interprétariat en langue des signes française (LSF)

Autre. Préciser ci-dessous le besoin :

.....

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature et cachet du médecin agréé,