

## Epreuves de sélection 2019

### **PROCEDURE CANDIDATS DE LA LOIRE DEMANDE DE TEMPS AMENAGE EN VUE D'ÉPREUVES DE SELECTION**

1. **Demande d'aménagement à remplir par le candidat** (Cf. Document 1)
  
2. **Certificat médical à faire remplir par un médecin** (Cf. Document 2) :
  - Pour les candidats encore lycéens ou ayant un statut d'étudiant depuis moins de 2 ans : c'est le médecin scolaire dont dépend le candidat.  
Dans ce cas, le certificat du rectorat précisant l'accord de modalités d'aménagement servant ou ayant servi pour le BAC est valable 2 ans.  
(D541-2 code de l'éducation - missions du médecin scolaire).
  
  - Pour les candidats relevant de la promotion professionnelle ou d'une autre situation : c'est le médecin du travail qui est privilégié (article L.4624-1 alinéa 4 du code du travail) ou le médecin traitant.
  
3. **Puis adresser au Directeur de l'établissement de formation :**
  - La demande d'aménagement remplie par le candidat
  - Selon le cas :
    - Un accord du rectorat de moins de 2 ans
    - Le certificat médical rempli par un médecin

**CANDIDATS EN SITUATION DE HANDICAP**  
**DEMANDANT A BENEFICIER DE MESURES PARTICULIERES LORS DES EXAMENS**

(Décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005 - Circulaire n°2006-215 du 26 décembre 2006)

LES MESURES SONT ACCORDEES POUR UNE SESSION ET UN EXAMEN

**IDENTITE DU CANDIDAT**

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : ..... à .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Portable.....

**SITUATION ACTUELLE**

Etablissement fréquenté (Nom, Adresse) : .....

Autre.....

**CONCOURS PREPARE**

Nature : .....

Date prévue : .....

Je soussigné (e), .....,

Sollicite le bénéfice de mesures particulières pour les candidats handicapés en vertu des textes en vigueur.

A

Le

**NOM et SIGNATURE du candidat**

**DOCUMENT 2**  
**Certificat Médical**

**CERTIFICAT MEDICAL**

ETABLI PAR LE MEDECIN SCOLAIRE, LE MEDECIN DU TRAVAIL OU LE MEDECIN TRAITANT  
A LA DEMANDE D'UN CANDIDAT EN SITUATION DE HANDICAP  
SOUHAITANT BENEFICIER DE MESURES PARTICULIERES LORS DES EXAMENS

(Décret n°2005-1617 du 21 décembre 2005 - Circulaire n°2006-215 du 26 décembre 2006)

**IDENTITE DU CANDIDAT**

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : ..... à .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Je soussigné (e), Docteur

Certifie avoir examiné le candidat désigné ci-dessus

Au vu de cet examen médical, ce dernier présente **un handicap** justifiant la mise en œuvre des mesures particulières suivantes (à cocher) :

**Majoration d'un tiers temps :**

→ pour les épreuves de type écrit  OUI  NON

→ pour les épreuves de type oral  OUI  NON

→ pour la préparation écrite des épreuves orales  OUI  NON

Accessibilité des locaux : déplacement en fauteuil  OUI  NON

Nécessité de pause(s) (fréquence, durée estimée...) (à préciser) :

Accès facile aux sanitaires.

Assistance d'un secrétaire.

Mise à disposition d'un ordinateur.

Installation d'un logiciel correcteur d'orthographe.

Autres observations complémentaires et utiles à l'installation matérielle du candidat dans les meilleures conditions possibles (à préciser) (ex : nécessité d'une salle particulière) :

➔ **Handicap AUDITIF** : mesures particulières suivantes (à cocher)

Nature du langage utilisé : .....

Les consignes orales devront être données à voix haute, en articulant, le surveillant se plaçant en face du candidat.

Assistance d'un enseignant spécialisé dans la rééducation des sourds, avec possibilité de traduction gestuelle ou écrite pour la compréhension du sujet et pour des précisions complémentaires lors de l'ensemble des épreuves.

Pour les épreuves orales, possibilité de réponses écrites.

Autres observations complémentaires (à préciser) :

➔ **Handicap VISUEL** : mesures particulières suivantes (à cocher) :

Installation matérielle particulière dans la salle d'examen (à préciser).

Optimisation des conditions d'éclairage de la table de travail.

Augmentation de la taille des caractères (à préciser) :

Autres observations complémentaires (à préciser) :

A

Le

**CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN**