

CERTIFICAT MEDICAL

Relatif aux aménagements d'épreuves de l'examen professionnel d'accès au corps des greffiers des services judiciaires au titre de l'année 2027

Nom et adresse du médecin agréé ou hospitalier :	NOM, Prénom et adresse du candidat :
---	---

Je soussigné(e), docteur _____, médecin agréé / hospitalier, certifie que :
 M, Mme _____, inscrit(e) à l'examen/concours cité en objet, justifie **d'une situation de handicap** lui permettant de solliciter les aménagements suivants :

MESURES SOLLICITEES POUR LES EPREUVES ECRITES :

Type d'aménagement	OUI	NON	Précisions complémentaires
Majoration du temps pour composer			Définir impérativement la quotité nécessaire (sans dépasser le plafond du 1/3 du temps prévu pour chaque épreuve) : ☐ 1/6 de temps ☐ 1/4 de temps ☐ 1/3 de temps
Utilisation d'un ordinateur fourni par l'administration			Motivations et modalités à préciser impérativement :
Utilisation d'un ordinateur personnel vierge de tous documents (dans le cadre du braille ou d'une dictée vocale)			Motivations et modalités (nom du logiciel compensant le handicap) à préciser impérativement :
Assistance d'un secrétaire			Préciser impérativement les modalités (lecture, écriture sous dictée, autres..)
Sujets en braille			
Sujets agrandis (A3)			
Accessibilité des locaux (PMR, ascenseur, plain-pied etc...)			Modalités à préciser impérativement :
Autres aménagements			Modalités à préciser impérativement :

MESURES SOLLICITEES POUR LES EPREUVES ORALES :

Type d'aménagement	OUI	NON	Précisions complémentaires
Majoration du temps pour composer			Définir impérativement la quotité nécessaire (sans dépasser le plafond du 1/3 du temps prévu pour chaque épreuve) : ☐ 1/6 de temps ☐ 1/4 de temps ☐ 1/3 de temps
Assistance d'un secrétaire			Préciser impérativement les modalités (lecture, écriture sous dictée, autres)
Accessibilité des locaux			Modalités à préciser impérativement :
Autres aménagements			Modalités à préciser impérativement :
Visioconférence			

Fait à _____, le _____

Cachet et Signature