

Formulaire de demande d'aménagement d'épreuves

Les personnes en situation de handicap peuvent bénéficier, en fonction de la nature de leur handicap, d'un aménagement du déroulement de leur épreuve de concours, de leur procédure de recrutement ou examen.

Cet aménagement concerne les conditions matérielles d'organisation et de déroulement des épreuves écrites et/ou orales qui demeurent par ailleurs, quant à leur contenu, identiques à celles des autres candidat(e)s.

L'attention des candidat(e)s est attirée sur le fait qu'une prise en considération de leur demande d'aménagement n'entraîne pas la recevabilité de leur candidature au titre des conditions générales requises pour candidater. Il ne pourra être statué sur cette recevabilité qu'après dépôt des candidatures.

Les candidat(e)s demeurent par ailleurs libres, jusqu'à la veille des épreuves, de renoncer à cette procédure ainsi qu'aux aménagements qui auront été prévus en leur faveur.

Pour pouvoir bénéficier d'un aménagement d'épreuves, les candidat(e)s doivent relever de l'une des catégories mentionnées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10° et 11° de l'[article L. 5212-13 du code du travail](#) :

- Les travailleurs reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'[article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles](#) (RQTH) ;
- Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;
- Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de la sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;
- Les bénéficiaires mentionnés à l'article [L. 241-2](#) du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ;
- Les bénéficiaires mentionnés aux articles [L. 241-3](#) et [L. 241-4](#) du même code ;
- Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la [loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991](#) relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;
- Les titulaires de la carte "mobilité inclusion" portant la mention "invalidité" définie à l'[article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles](#) ;
- Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Les candidat(e)s remplissant les conditions pour bénéficier d'un aménagement d'épreuves doivent transmettre au service organisateur, dans les délais impartis par le règlement du concours ou de la procédure de recrutement, le formulaire de demande d'aménagement accompagné de la préconisation médicale du médecin agréé et de la copie du justificatif attestant de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

La liste des médecins agréés est disponible sur le site de la préfecture du département de résidence ou de l'agence régionale de santé.

Conformément au règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), **les documents transmis ne doivent contenir aucune donnée à caractère personnel concernant la santé** (désignation d'une maladie, nature d'un handicap, diagnostics et antécédents médicaux, traitement médical, orientation vers une structure de soin spécialisée...).

Ils peuvent être transmis selon 2 voies :

Voie électronique	Voie postale
Mail : amenagement-concours@inserm.fr	INSERM Département des Ressources Humaines Service de Développement RH - Pôle Handicap 101 rue de Tolbiac 75654 Paris Cedex 13

Demande d'aménagement d'épreuves

(A remplir par le candidat)

Coordonnées du candidat :

Nom, Prénom	
Adresse postale	
Téléphone	
Adresse électronique	

Concours/Recrutement(s) concerné(s) par la demande d'aménagement :

Numéro	Intitulé
N°....	
N°....	
N°....	

Fait à _____ , le _____
Signature du candidat

Préconisation médicale

(A remplir par le médecin agréé)

Conformément à l' [article R352-1 du code général de la fonction publique](#), les dérogations aux règles normales de déroulement des concours, des procédures de recrutement et des examens, mentionnées à l'article [L. 352-3](#), sont décidées par l'autorité organisatrice des épreuves au vu de la production par les candidats d'un certificat médical établi par un médecin agréé dans les conditions prévues par la section 1 du chapitre I^{er} du titre II du livre III.

Conformément à l'[article 2 de l'arrêté du 8 juillet 2024](#) fixant les conditions et les modalités de recours à la visioconférence pour l'organisation des voies d'accès à la fonction publique, il est précisé que **lorsque l'arrêté d'ouverture prévoit que le recours à la visioconférence peut être demandé par tout candidat, cette demande doit être adressée au service organisateur dans les délais fixés par l'arrêté sans qu'il ne soit besoin de solliciter un aménagement d'épreuve.**

Coordonnées du médecin agréé :

Nom, Prénom	
Adresse postale	
Téléphone	
Adresse électronique	

Type d'aménagement préconisé :

Type d'aménagement	Précisions
<input type="checkbox"/> Temps majoré (<i>Préciser la durée dans la limite d'un tiers temps</i>)	
<input type="checkbox"/> Interprète en LSF	
<input type="checkbox"/> Transcription texte	
<input type="checkbox"/> Accessibilité des locaux	
<input type="checkbox"/> Autre :	

Fait à _____ , le _____
Cachet et signature du médecin agréé

Fiche d'honoraire

(A remplir par le médecin agréé)

Conformément à l'[article 53 du décret n°86-442 du 14 mars 1986](#), les honoraires et frais médicaux sont à la charge du budget de l'administration de sorte qu'aucune charge n'incombe aux candidat(e)s sollicitant un aménagement des épreuves en raison d'un handicap.

La présente fiche doit impérativement être complétée et retournée par le médecin agréé, accompagnée d'un RIB pour permettre le paiement des honoraires.

**IL NE SERA PROCÉDÉ À AUCUN REMBOURSEMENT DIRECT AU CANDIDAT
LA CARTE VITALE NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉE**

Nom, Prénom du candidat		
Date de la visite médicale		
Concours ou recrutement(s) concerné(s)	Numéro	Intitulé
	N°....	
	N°....	
	N°....	

Numéro Siret	
Montant des honoraires	

Fait à _____, le _____

Cachet et signature du médecin agréé

Modalités de facturation

Adresse de facturation :

INSERM
Service Développement RH
Pôle Handicap
101 rue de Tolbiac
75654 Paris Cedex 13

Dépôt sur le portail CHORUS PRO :

<https://chorus-pro.gouv.fr>

Code service : INMBPS
N° d'engagement (bon de commande) : 4500000000
N° Siret : 180 036 048 00015