



EXAMEN PROFESSIONNEL D'ADJOINT TECHNIQUE PRINCIPAL DE 2<sup>ème</sup> CLASSE  
Spécialité « restauration » - SESSION 2026

CERTIFICAT MEDICAL

À faire remplir par un médecin agréé autre que le médecin traitant du candidat  
UNIQUEMENT pour les candidats en situation de handicap souhaitant bénéficier d'un aménagement d'épreuve(s).  
*Pour les honoraires du médecin agréé, paiement du praticien par le CDG48 (Cf. formulaire joint)*

Je soussigné(e), **Docteur (NOM et Prénom)** : .....

Médecin agréé par Préfecture du département de .....

Adresse complète : .....

.....Tel : .....

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

Certifie que M. Mme (Nom/prénom) ..... **est une personne en situation de handicap** qui nécessite que ses épreuves soient aménagées afin de lui permettre de composer dans des conditions compatibles avec sa situation, compte tenu de la forme et de la durée des épreuves.

**RAPPEL** : Nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire s'il ne remplit pas les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction. Ces aménagements doivent avoir pour seul objet de rétablir l'égalité entre les candidats et non de créer une inégalité au détriment des candidats qui ne sont pas en situation de handicap (CE 21/01/1991 Melle Stickel).

**Après avoir pris connaissance du descriptif des fonctions et des épreuves, indiquer la nature des aides humaines et/ou techniques nécessaires à ce candidat :**

**Pour les épreuves écrites obligatoires et facultatives :**

- Octroi d'un tiers temps supplémentaire de composition
- Installation de matériel particulier

Préciser : .....

- Mise à disposition d'un ordinateur

Préciser le besoin : .....

- Autre(s) (Exemple : sujets type Braille, agrandissement des sujets, aide d'une tierce personne...):

.....  
.....

**Pour les épreuves orales obligatoires et facultatives :**

- Octroi d'un tiers temps supplémentaire
- Autre(s), préciser la nature de l'aménagement nécessaire (ex : présence d'un interprète en langue des signes, utilisation d'un appareillage, etc...) :

.....  
.....

**Atteste :**

- ne pas être le médecin traitant de l'intéressé(e);
- avoir pris connaissance des épreuves du concours décrites en pages suivantes;
- que l'octroi de ces aides et aménagements ne procure aucun avantage supplémentaire au candidat bénéficiaire, au détriment des autres candidats, et qu'il est conforme au principe d'égalité de traitement de tous les candidats.

Le présent certificat est établi pour faire valoir ce que de droit.

Fait-le .....

Signature et cachet du médecin agréé



## EXAMEN PROFESSIONNEL D'ADJOINT TECHNIQUE PRINCIPAL DE 2<sup>ème</sup> CLASSE Spécialité « restauration » - SESSION 2026

### Modalités de demande d'aménagement d'épreuves (à présenter au médecin agréé)

#### 1- Principe

Tout candidat en situation de handicap peut demander à bénéficier d'aides et d'aménagements lors des épreuves. Les aides et aménagements d'épreuves accordés aux candidats lors des opérations de recrutement de fonctionnaires (concours et examens professionnels) relèvent de dispositions réglementaires prises en application de l'article 35 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale.

Seul un médecin agréé, régulièrement inscrit sur une liste établie par le préfet de département, est compétent pour décrire par le biais d'un certificat médical les aides et aménagements dont a besoin le candidat pour passer les épreuves. Ce médecin ne peut pas être le médecin traitant du candidat.

#### 2- Nature des épreuves

##### EPREUVE ECRITE

Epreuve écrite à caractère professionnel, portant sur la spécialité choisie par le candidat lors de son inscription. Cette épreuve consiste, à partir de documents succincts remis au candidat, en trois à cinq questions appelant des réponses brèves ou sous forme de tableaux et destinées à vérifier les connaissances et aptitudes techniques du candidat.

(durée : 1 heure 30 ; coefficient 2)

##### EPREUVE PRATIQUE

Epreuve pratique dans l'option choisie par le candidat, lors de son inscription, au sein de la spécialité considérée et destinée à permettre d'apprécier l'expérience professionnelle du candidat, sa motivation et son aptitude à exercer les missions qui lui seront confiées. Elle comporte une mise en situation consistant en l'accomplissement d'une ou de plusieurs tâches se rapportant à la maîtrise des techniques et des instruments que l'exercice de cette option implique de façon courante. Cet exercice est complété de questions sur la manière dont le candidat conduit l'épreuve, ainsi que sur les règles applicables en matière d'hygiène et de sécurité. La durée de l'épreuve est fixée par le jury en fonction de l'option. Elle ne peut être inférieure à 1 heure ni excéder 4 heures (coefficient 3)

#### 3- Détermination des aides et aménagements d'épreuves et conditions d'attribution

Les aides et aménagements d'épreuves sollicités sont accordés par le médecin agréé, en fonction de la nature du handicap.

Ils doivent permettre aux personnes dont les moyens sont diminués de concourir dans les mêmes conditions que les autres candidats, sans leur donner un avantage supplémentaire afin de ne pas rompre le principe d'égalité entre les candidats. Ils ne peuvent donc avoir pour effet de modifier la finalité, la forme et le contenu des épreuves.

Les aides et aménagements sollicités sont mis en œuvre par l'autorité organisatrice sous réserve que les charges afférentes ne soient pas disproportionnées au regard des moyens, notamment matériels et humains, dont elle dispose.



EXAMEN PROFESSIONNEL D'ADJOINT TECHNIQUE PRINCIPAL DE 2<sup>ème</sup> CLASSE  
Spécialité « restauration » - SESSION 2026

NOTE D'HONORAIRES

**A REMETTRE AU MEDECIN AGREE LORS DE LA VISITE.**

Les honoraires seront réglés au médecin par le Centre de gestion de la fonction publique territoriale de la Lozère  
Pour ce faire, le médecin devra déposer ce document (accompagné d'un RIB) sur le portail CHORUS PRO.

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

**A COMPLÉTER PAR LE MEDECIN AGREE LORS DE LA VISITE**

Nom Prénom et spécialité du médecin agréé (ou cabinet / groupement médical) :

.....  
.....

Nom et prénom du candidat examiné : .....

Date de naissance du candidat examiné : .....

Date de la visite médicale : .....

Montant des honoraires : .....

Numéro de Siret du médecin : .....

Adresse du médecin : .....

.....  
.....

Tel : .....

Cachet et signature du médecin :

**JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RIB**

**IMPORTANT / OBLIGATION DE DEMATERIALISATION DES FACTURES A DESTINATION DU SECTEUR PUBLIC**

Il est obligatoire d'adresser sous forme électronique les factures destinées aux administrations publiques, au travers de la plateforme Chorus Pro : <https://chorus-pro.gouv.fr>. Vous pouvez également remplir cette obligation en utilisant un logiciel de gestion comptable, un portail ou logiciel spécialisé interfacé directement avec Chorus Pro.

Coordonnées de facturation :

CDGFPT de la Lozère

N° SIRET : 28480002600023

Pas de numéro d'engagement ni de code service

Informations et formations accessibles gratuitement sur le site <https://communaute.chorus-pro.gouv.fr/>