

Demande d'aménagement d'épreuves du concours professionnel de recrutement de magistrats pour les candidats en situation de handicap

La demande doit être formulée au plus tard le 29 novembre 2024

| | | |
|------------------------|----------|------------|
| NOM : | Prénom : | Né(e) le : |
| Adresse : | | |
| Tél portable : | Mail : | |
| Centre d'épreuves de : | | |

Je suis reconnu(e) travailleur(se) handicapé(e) (RQTH) : Oui Non
 J'ai déjà bénéficié d'aménagements d'épreuves d'examen ou concours ? Oui Non
 Pour l'examen ou concours : Session :

Je demande à bénéficier d'un aménagement des épreuves du concours, conformément aux dispositions de l'article 34-1 du décret 72-355 relatif à l'Ecole nationale de la magistrature et j'autorise l'Ecole nationale de la magistrature à traiter des données de santé me concernant afin de me permettre de bénéficier de cet aménagement.

Je présente **au médecin agréé par l'administration** les documents médicaux récents nécessaires, dont un certificat médical détaillé établi par mon médecin traitant pour la connaissance de mon **état actuel de santé** et les éventuelles décisions d'aménagements accordées pour des examens ou concours.

| | Aménagements demandés (à renseigner par le candidat) | Avis du médecin agréé par l'administration <u>chaque rubrique doit être complétée</u> |
|--|--|---|
| A – <u>Organisation du temps</u> Temps majoré (dans la limite du tiers temps) <ul style="list-style-type: none"> - Pour les épreuves écrites - Pour la préparation écrite des épreuves orales Autre (à préciser) : | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| B – <u>Accès aux locaux et installation matérielle</u> Accessibilité des locaux (Personne à mobilité réduite - PMR) Autre (à préciser) : | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Cachet et signature du médecin agréé (page 1)

| Candidat(e) NOM : Prénom : | Aménagements demandés (à renseigner par le candidat) | Avis du médecin agréé par l'administration <u>chaque rubrique doit être complétée</u> |
|--|---|--|
| <p><u>C- Aide technique</u> Utilisation d'un ordinateur (vierge de données) fourni par le centre d'épreuves <input type="checkbox"/></p> <p>Utilisation d'un ordinateur spécifique, matériel ou logiciel spécifiques (vierge de données), fourni par le candidat (à préciser) <input type="checkbox"/></p> <p>Transcription des sujets en braille intégral <input type="checkbox"/></p> <p>Agrandissement des sujets (A3) <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (à préciser) : <input type="checkbox"/></p> | | <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> |
| <p><u>D – Aide humaine</u> Secrétaire (rédaction sous la dictée du candidat) <input type="checkbox"/> Assistant (lecture des sujets et aide à la recherche dans la documentation autorisée) <input type="checkbox"/></p> <p>Aide pour l'installation dans la salle <input type="checkbox"/> Aide pour le passage aux toilettes <input type="checkbox"/></p> <p>Accompagnement nécessairement effectué par l'aide habituelle (Assistant de vie dépendance et handicap - AVDH) <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (à préciser) : <input type="checkbox"/></p> | | <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> |

Je soussigné, docteur

inscrit sur la liste des médecins agréés par l'administration dans le département :
spécialité :

Atteste au vu des documents fournis et de l'examen médical que M/Mme

présente un handicap au sens de l'art L.114 du code de l'action sociale et des familles :

"Constitue un handicap [...], toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant." conduisant à suggérer la mise en œuvre des dispositions de compensations ci-dessus mentionnées pour participer dans les conditions les plus équitables aux épreuves du concours de recrutement de magistrats du second grade de la hiérarchie judiciaire (liste en annexe).

Date

Cachet et signature (page 2)

Nota : Le président du jury est seul décisionnaire des aménagements accordés et notifiés au candidat et n'est donc pas lié par l'avis du médecin agréé par l'administration.

Signature du candidat :

Il est rappelé que les candidats en situation de handicap qui souhaitent bénéficier d'un aménagement des épreuves devront en faire la demande au directeur de l'École nationale de la magistrature qui en assurera la transmission au président du jury.

*La demande et le certificat médical délivré **par un médecin agréé par l'administration** devront être postés par pli recommandé, à destination de l'École nationale de la magistrature, 10 rue des Frères Bonie, 33080 Bordeaux cedex, **au plus tard le 29 novembre 2024**, le cachet de la poste faisant foi ou déposés, contre récépissé, à l'École nationale de la magistrature, à l'adresse ci-dessus, au plus tard à cette même date.*

*Cette transmission pourra également être effectuée par mail à l'adresse concours.enm@justice.fr **

*** L'inscription au concours doit cependant être réalisée dans les délais fixés par l'arrêté d'ouverture de la session.**

Si le candidat renonce à présenter les épreuves du concours, il est invité à en informer le service des recrutements de l'ENM (concours.enm@justice.fr)