



**CERTIFICAT MÉDICAL**

**Aménagements d'épreuves  
à un concours ou examen de la DGDDI**

(Adresse et cachet du praticien)

Durée de validité :

6 mois avant le déroulement de la première épreuve du concours ou de l'examen.

*En application de l'article L. 352-3 du Code général de la fonction publique, les candidats en situation de handicap peuvent bénéficier d'aménagements des épreuves des concours et examens, afin d'adapter la durée et le fractionnement de ces épreuves à leur situation ou de leur apporter les aides humaines et techniques nécessaires.*

*Selon l'article 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. »*

*Le présent certificat médical doit être établi par un **médecin agréé** par l'administration, n'étant pas le médecin traitant du candidat. A défaut, il peut être établi par un médecin ayant, dans un établissement hospitalier public, la qualité de praticien hospitalier.*

*L'article R352-3 du Code général de la fonction publique indique que « les aides et aménagements sollicités par les candidats aux procédures de recrutement, concours et examens professionnels sont mis en œuvre par l'autorité organisatrice de ces procédures sous réserve que les charges afférentes ne soient pas disproportionnées au regard des moyens, notamment matériels et humains, dont elle dispose. »*

*Ce certificat doit être transmis dans les délais prescrits par l'arrêté d'ouverture du concours ou de l'examen concerné par courriel ou courrier postal à votre direction des douanes de rattachement.*

Je soussigné(e) ....., médecin agréé, généraliste<sup>(1)</sup>,  
spécialiste<sup>(1)</sup> en.....déclare avoir examiné :

NOM : ..... Prénom(s) : .....

Né(e) le : .....

**candidat (e)** à un concours ou examen de la direction générale des douanes et droits indirects (précisez ci-dessous le concours concerné) :

.....

Je préconise, pour ce candidat, la mise en œuvre des aides et aménagements mentionnés au verso afin de lui permettre de participer aux épreuves de ce concours / de cet examen dans des conditions compatibles avec sa situation.

(1) Rayer la mention inutile

## AMÉNAGEMENTS CONCERNANT LES ÉPREUVES ÉCRITES

Type d'aménagement	Oui	Non
Majoration d'un tiers-temps pour chaque épreuve écrite		
Composition sur ordinateur (hors QCM)		
Assistance d'un secrétaire		
Sujet agrandi au format A3		
Sujet en braille		
Mobilier adapté, précisez : .....		
Accessibilité des locaux, précisez : .....		
Autre(s) aménagement(s), précisez : .....		
Aucun aménagement demandé		

Nombre de cases cochées « oui » par le médecin : ▶

## AMÉNAGEMENTS CONCERNANT LES ÉPREUVES ORALES

Type d'aménagement	Oui	Non
Majoration d'un tiers-temps pour la préparation de chaque épreuve orale		
Majoration d'un tiers-temps pour l'audition de chaque épreuve orale		
Assistance d'un secrétaire		
Sujet agrandi au format A3		
Sujet en braille		
Visioconférence		
Mobilier adapté, précisez : .....		
Accessibilité des locaux, précisez : .....		
Autre(s) aménagement(s), précisez : .....		
Aucun aménagement demandé		

Nombre de cases cochées « oui » par le médecin : ▶

Nom et prénom du candidat :

A ..... , le .....  
(Signature et cachet du praticien)