



## CERTIFICAT MEDICAL relatif aux aménagements d'épreuves

**L'original de ce document doit être joint au dossier d'inscription ou transmis par courrier à l'INSP, DDTCE, Concours, voie générale au plus tard le 16 décembre 2024 (cachet de la poste faisant foi).**

Nom et adresse du <b>médecin agréé</b> :	<b>NOM, prénom et adresse du (de la) candidat(e)</b> :
-	-
-	-
-	-
-	-

Je soussigné(e), docteur....., médecin agréé de l'administration, certifie que M/Mme..... candidat(e) inscrit(e) au concours d'entrée à l'INSP de 2025, voie générale (concours externe – deuxième concours externe Talents– concours externe spécial docteurs – concours interne – troisième concours)<sup>1</sup>, est atteint(e) d'un **handicap**<sup>2</sup> qui justifie la mise en place d'un aménagement pour les épreuves qui se dérouleront :

**du 24 au 28 mars 2025**

**MESURE(S) PARTICULIERE(S) CONCERNANT LES EPREUVES ECRITES**

**entre mai et juillet 2025**

**MESURE(S) PARTICULIERE(S) CONCERNANT LES EPREUVES ORALES**

A ....., le .....

**Cachet et signature**

<sup>1</sup> Rayer les mentions inutiles

<sup>2</sup> 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 (loi n° 2005-102)