



Demande d'aménagement d'épreuves du concours de greffier de tribunal de commerce pour les candidats en situation de handicap

La demande doit être formulée au plus tard trois semaines avant le début de la première épreuve.

NOM :	Prénom :	Né(e) le :
Adresse :		
Tél portable :	Mail :	

Je suis reconnu(e) travailleur(se) handicapé(e) (RQTH) : Oui Non (Attestation à communiquer)

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.

Je présente **au médecin agréé par l'administration (liste établie par l'agence régionale de santé)** les documents médicaux récents nécessaires, dont si besoin 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 – Organisation du temps Temps majoré (dans la limite du tiers temps) -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)		<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autre (à préciser) :		<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<u>Cachet et signature du médecin agréé</u> (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>
C – <u>Aide technique</u> Utilisation d'un ordinateur (vierge de données) fourni par le centre d'épreuves		<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Utilisation d'un ordinateur spécifique, matériel ou logiciel spécifiques (vierge de données), fourni par le candidat (à préciser)		<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Transcription des sujets en braille intégral		<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Agrandissement des sujets (A3)		<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autre (à préciser) :		<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
D – <u>Aide humaine</u> Secrétaire (rédaction sous la dictée du candidat)		<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Assistant (lecture des sujets et aide à la recherche dans la documentation autorisée)		<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Aide pour l'installation dans la salle		<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Aide pour le passage aux toilettes		<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Accompagnement nécessairement effectué par l'aide habituelle (Assistant de vie dépendance et handicap - AVDH)		<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autre (à préciser) :		<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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**
candidat(e) inscrit(e) au concours de greffier de tribunal de commerce présente un handicap
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 (liste en annexe).

Date

Cachet et signature (page2)

Fait à

Le

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 par mail à l'adresse opm.dacs-m2@justice.gouv.fr, étant observé que **l'inscription au concours doit cependant être réalisée dans le délai fixé par l'annonce d'ouverture du concours sur le portail OPM.***

*La demande et le certificat médical délivré par un médecin agréé par l'administration et établi moins de six mois avant le déroulement des épreuves devront être déposés **sur le portail OPM** au plus tard trois semaines avant le début de la première épreuve du concours.*

Si le candidat renonce à présenter les épreuves du concours, il doit en informer le bureau de la gestion des officiers ministériels (opm.dacs-m2@justice.gouv.fr)

Epreuves du concours de greffier de tribunal de commerce

Matière	Durée	Coefficient
Epreuves écrites d'admissibilité		
1. Dissertation portant sur un sujet de droit civil ou de droit commercial	3 h	3
2. Un ou plusieurs cas pratiques portant sur des sujets de droit commercial	2 h	4
3. Un ou plusieurs cas pratique portant sur des sujets de procédure civile et commerciale	2 h	4
Epreuves orales d'admission		
1. Sujet tiré au sort se rattachant au droit commercial, à la procédure civile et commerciale, à la réglementation professionnelle du greffier de tribunal de commerce ou à l'organisation et la gestion d'un greffe suivi d'une conversation avec le jury portant sur les mêmes matières	30 min précédée de 30 min de préparation	4
2. Mise en situation et entretien avec le jury	20 min	3