# **Formulaire de demande d’aménagement**

**Nom :** Click or tap here to enter text.

**Numéro de téléphone :** Click or tap here to enter text.

**E-Mail :** Click or tap here to enter text.

**Informations relatives à la demande d’aménagement :**

Intitulé de l’épreuve : Click or tap here to enter text.

Date de l’épreuve : Click or tap here to enter text.

Numéro de candidature : Click or tap here to enter text.

**Type d’aménagement demandé :**

Click or tap here to enter text.

**VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE AINSI QUE VOTRE DOSSIER MÉDICAL À L'ADRESSE SUIVANTE**

specialconstraints@un.org

|  |
| --- |
| **Nom du candidat :**Click or tap here to enter text. |
| **Signature du candidat :** |