

Division des Personnels Enseignants du 1^{er} degré
Bureau de la DIPE II

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), (nom – prénom) :
médecin généraliste agréé par les services préfectoraux, exerçant (adresse) :
.....

certifie que

- ☐ est apte à l'exercice des fonctions d'enseignant
☐ nécessite un examen complémentaire par un médecin spécialiste ⁽¹⁾ agréé en.....
.....
☐ est inapte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles ⁽¹⁾ (joindre un rapport circonstancié)

Signature et cachet du praticien

Fait à, le

⁽¹⁾ rayer les mentions inutiles

✍

Je soussigné(e), (nom – prénom) :
médecin généraliste agréé par les services préfectoraux, exerçant (adresse) :
.....

certifie que

- ☐ est apte à l'exercice des fonctions d'enseignant
☐ nécessite un examen complémentaire par un médecin spécialiste ⁽¹⁾ agréé en.....
.....
☐ est inapte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles ⁽¹⁾ (joindre un rapport circonstancié)

Signature et cachet du praticien

Fait à, le

⁽¹⁾ rayer les mentions inutiles