

Certificat médical d'aptitude physique pour l'exercice d'un emploi public (à compléter par un médecin agréé)

Réintégration après disponibilité

Je soussigné-e, _____, médecin agréé-e,

Certifie que M. – Mme * _____

appartenant au corps des Professeurs des écoles / Instituteurs *

☐ n'est atteint-e d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées (qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé-e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice de ses fonctions

à défaut, que l'état de santé de l'intéressé-e :

☐ nécessite des examens complémentaires

☐ conclut à son inaptitude à l'exercice de ses fonctions

Pour ces 2 derniers cas, un courrier, sous pli confidentiel, devra être transmis à l'attention de médecin de prévention

Timbre du praticien :

Fait à _____, le ____/____/20____

Signature du praticien :

IMPORTANT :

Les médecins agréés appelés à examiner, au titre du présent décret, des fonctionnaires ou des candidats aux emplois publics dont ils sont les médecins traitants sont tenus de se récuser (article 4 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié).

À renvoyer par l'intéressé-e en 1 exemplaire à :

Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale (DSDEN) de la Charente
Division des Personnels – Cité administrative du Champ de Mars
Bât B – Rue Raymond Poincaré
16023 ANGOULÊME CEDEX

* Rayer la mention inutile