

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

Réintroduction 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 :

Dirección 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 ANGOULÈME CEDEX

* Rayer la mention inutile