

Certificat médical d'aptitude physique pour l'exercice à un emploi public

PROFESSEUR DES ECOLES *

ou

INSTITUTEUR *

Réintégration après disponibilité

Je soussigné(e), _____, médecin agréé(e),

Certifie que M. – Mme * _____

appartenant au corps des **Professeurs des écoles** ou **Instituteurs ***

n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées (article 20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié).

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