



académie
Montpellier

direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Hérault

éducation
nationale

CONDITIONS D'APTITUDE

- POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS PUBLICS :

(titre II – Article 20 du décret n° 86-442 du 14 Mars 1986)

- POUR LA REINTEGRATION D'UN FONCTIONNAIRE EN DISPONIBILITE :

(Article 49 du décret n°85-986 du 16 Septembre 1985)



Affaire suivie par :
Florence Boucard
Sabrina Couly

Service
des Personnels Enseignants

Sabrina.couly@ac-montpellier.fr

DSDEN de l'Hérault
31, rue de l'université
CS 39004
34064 Montpellier cedex 2

« Nul ne peut être nommé ou réintégré dans un emploi public s'il ne produit à l'administration, à la date fixée par elle » :

- un certificat médical délivré par un praticien de médecine générale assermenté par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) constatant que l'intéressé(e) 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.

PJ : Certificat médical à faire remplir par un médecin généraliste agréé par l'administration

Vous trouverez la liste des médecins agréés par l'administration sur internet, en tapant : liste des médecins agréés 34 (ou 11 ou 66,...) ou sur le site internet de l'ARS (ex :ARS Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées, en un clic, ARS LR, rubrique service en ligne, médecins agréés(rattachés comité médical – commission de réforme).

CERTIFICAT MEDICAL

A remettre à l'intéressé(e), qui le fera parvenir au bureau de gestion indiqué ci-contre, dans les plus brefs délais.

Je, soussigné, _____ médecin généraliste agréé

par la DDCS, certifie que M _____

- n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité *
- que les maladies ou infirmités constatées ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions enseignantes (voir nota). *

**Direction des services
départementaux
de l'Education Nationale
de l'HERAULT**

**Service des Personnels
Enseignants**

Observations éventuelles (notamment opportunité d'un examen complémentaire par un médecin spécialiste agréé) :

Courriel :
Sabrina.couly@ac-montpellier.fr

Fait à _____ le _____
(Signature et cachet du praticien)

**DSDEN de l'Hérault
31, rue de l'université
CS 39004
34064 Montpellier cedex 2**

(*) Rayer la mention inutile

Nota : les maladies ou infirmités constatées doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé(e)



Partie à détacher et à renvoyer par le médecin à :
DSDEN de l'Hérault – SPE, 31 rue de l'université - CS 39004 - 34064 MONTPELLIER cedex 2

FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES

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

demande le règlement de la somme de (*) *cocher la case ci-dessous en fonction de votre situation* - représentant le montant de mes honoraires pour l'examen médical de la personne désignée ci-dessous.

(Arrêté du 03.07.2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n°86-442 du 14 mars 1986)

- * exonéré de la TVA - article 293 B du code général des impôts,
 assujéti à la TVA 20 % - article 293B du code général des impôts

N° SIRET obligatoire (n° d'inscription à l'URSSAF) : _____

Joindre impérativement un relevé d'identité bancaire ou postal

Fait à _____ le _____
(Signature et cachet du praticien)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINEE

NOM PATRONYMIQUE _____ PRENOM _____

NOM MARITAL _____

GRADE _____ AFFECTATION _____

(à préciser obligatoirement)