

RESULTAT DE L'EXAMEN MEDICAL

**CERTIFICAT D'APTITUDE POUR REPRISE D'UN POSTE D'ENSEIGNANT
APRES UNE INTERRUPTION LIEE A UNE PERIODE DE DISPONIBILITE**

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS DU MEDECIN AGREE

NOM du MEDECIN :

ADRESSE :

Le médecin soussigné,

☐* certifie que M., Mme

Enseignant(e) du premier degré public pour le département de la Sarthe **n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions d'enseignant(e).**

(Cf. décret n° 90 – 680 modifié du 1^{er} août 1990)

☐* constate que M., Mme

Enseignant(e) du premier degré public pour le département de la Sarthe est **INAPTE à une reprise de ses fonctions d'enseignant(e).**

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin

(*) Cocher le paragraphe utile