

**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<sup>er</sup> 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