



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 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

À retourner à :
DSDEN 72
D1D / Gestion collective
19 boulevard Paixhans
CS 50042
72071 LE MANS CEDEX 9

Tél. : 02.43.61.58.28 ou 29