

**ANNEXE 2 : Visite médicale suite à la demande de réintégration
pour l'année scolaire 2024 - 2025**

☛ **Avis de contrôle de l'aptitude physique des personnels enseignants :**

- Vu le code général de la fonction publique
- Vu l'article 49 du décret n°85-986 du 16 septembre 1985 modifié

☛ **L'annexe 2 est à faire remplir par un médecin agréé :**

ENSEIGNANT

NOM d'usage : _____

NOM de famille : _____

Prénom : _____

N° de sécurité sociale : ____/____/____/____/____/____/____

CERTIFICAT MÉDICAL : à remplir par le Médecin Agréé*

Je soussigné(e), Docteur _____

Médecin agréé compétent pour contrôler l'aptitude physique aux emplois publics, déclare avoir examiné ce jour, _____

Je constate qu'il (ou elle) :

n'est atteint d'aucune maladie, infirmité ou que les infirmités ou maladies constatées et signalées dans le dossier médical de l'intéressé(e) **ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées**

est inapte à la fonction postulée

Fait à : _____

Cachet et signature du médecin :

Le : / /

*N'inscrire aucun élément médical sur le certificat

☛ **L'annexe 2 est à retourner avant le 15 juillet 2024 :**

**DSDEN de l'Ain
Division des personnels 1^{er} degré - 10 rue de la Paix – BP 404
01012 BOURG EN BRESSE Cedex**

ATTENTION :

Tout courrier complémentaire faisant mention de la situation médicale particulière de l'agent doit être joint sous pli confidentiel :

**À l'attention du médecin de prévention – Isabelle Lapiere
23 rue Bourgmayer
01000 BOURG EN BRESSE**