

CONTRÔLE MÉDICAL

RESULTATS DE L'EXAMEN MEDICAL

(à remettre au candidat sous enveloppe scellée)

OBSERVATIONS ET CONCLUSION DU MEDECIN AGREE

les conditions d'aptitude physique requises des candidats aux fonctions de professeur des écoles.

sont différentes de celles habituellement exigées des enseignants et se caractérisent par :

- L'enseignement de toutes les disciplines, des mathématiques à l'éducation physique et sportive.
- La surveillance et la sauvegarde des jeunes enfants nécessitant une attention permanent et une capacité d'intervention immédiate.

NOM du médecin :

Adresse :

Le médecin agréé soussigné *,

- Certifie que :

M, Mme

NOM patronymique :

NOM marital :

Prénom :

N'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions de professeur des écoles.
(cf. décret n°86-442 du 14 mars 1986- article 20)

- Conclut à l'opportunité d'un examen complémentaire par un spécialiste agréé de
- Constate que monsieur, madame
Est inapte aux fonctions de Professeur des écoles.

Fait à _____, le _____
(Signature et cachet du médecin)

*Rayer le (ou les) paragraphe(s) inutile(s)

DEPARTEMENT DES PYRENEES-ORIENTALES
REGLEMENT DES HONORAIRES DUS AUX MEDECINS AGREES
POUR EXAMEN DES FONCTIONNAIRES

Arrêté du 03/07/2007

Etat des sommes dues à: _____

Qualité : généraliste agréé spécialiste agréé

N° ADELI : _____ N° SIRET : _____ N° RPPS : _____

N° TVA Intracommunautaire : _____

Adresse : _____

C.C.P : _____

Compte bancaire : _____

Nom de l'agent examiné : _____	
Administration : _____	
Motif de l'examen : _____	
Date de l'examen : ____ / ____ / ____ /	
<input type="checkbox"/> consultation	<input type="checkbox"/> contre-visite
Nature de l'examen : <input type="checkbox"/> visite à domicile	<input type="checkbox"/> expertise médicale
<input type="checkbox"/> actes complémentaires	<input type="checkbox"/> reprise mi-temps thérapeutique
<input type="checkbox"/> autre :	

CODE Sécurité Sociale de l'acte : _____
--

Honoraires HT	=	euros
TVA à 20 %	=	euros
Frais de transport	=	euros
TOTAL TTC	=	euros

Certifié sincère et véritable le présent état s'élevant à la somme de _____

à _____ le ____ / ____ / ____

le médecin,

- assujetti à la TVA
- non assujetti à la TVA (art 293B du CGI)

Cocher la case correspondante