

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