|  |
| --- |
| **Rectorat de Reims**  **Direction des ressources humaines**  **Division des personnels d’enseignement,**  **d’éducation et d’orientation**  1 rue Navier – 51082 Reims cedex  FICHE DE CONTROLE D’APTITUDE |



|  |
| --- |
| **Contrôle de l’aptitude physique des personnels de l’éducation Nationale**  Loi du 13 juillet 1983  Loi du 11 janvier 1984  Décret du 16 septembre 1985  Décret du 17 janvier 1986 relatif aux agents non titulaires de l’Etat  Décret du 14 mars 1986 |
| NOM et PRENOM :  Grade - Discipline :  Etablissement : |

**Certificat médical**

**A remplir par le médecin agréé (ne peut être établi par un remplaçant)**

Je soussigné, Docteur……………………………………………………..………..(Nom, prénom)

Déclare avoir examiné ce jour, M. Mme………..……………………………………………….

Certifie qu’il (ou elle) n’est atteint(e) d’aucune maladie ou infirmité incompatible avec

l’exercice de la fonction postulée.

Certifie qu’il (ou elle) est inapte à la fonction postulée.

Je joins un courrier confidentiel à l’attention du Médecin Conseiller Technique du Recteur pour demander un examen complémentaire, une consultation auprès d’un médecin spécialiste agréé, ou encore lui transmettre des observations particulières (par exemple : un taux d’invalidité préexistant ou des aménagements de poste à envisager) :

oui non

**Timbre du Médecin Fait à ……………………….le ………………….**

**(Signature)**

**N’inscrire aucun élément médical sur ce document administratif**

Document à retourner : **Rectorat de l’Académie**

**direction des ressources humaines**

**DPE**

**1 rue Navier**

**51082 Reims Cedex**