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



|  |
| --- |
| **Contrôle de l’aptitude physique des personnels de l’éducation Nationale**Loi du 13 juillet 1983Loi du 11 janvier 1984Décret du 16 septembre 1985Décret du 17 janvier 1986 relatif aux agents non titulaires de l’EtatDécret 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**