



RÉGION ACADÉMIQUE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION

RECTORAT
Division des Personnels Enseignants



Concours de recrutement _____

Professeur stagiaire _____

Grade _____

Discipline _____

Madame, Monsieur,

Vous venez de réussir un concours pour l'exercice du métier d'enseignant, de CPE ou de PsyEN. En application du décret 86-442 du 14 mars 1986 – article 20, tout fonctionnaire stagiaire doit faire l'objet d'une visite médicale par un médecin agréé de l'éducation nationale dont vous trouverez la liste des médecins agréés téléchargeable sur le lien suivant :

<https://www.paca.ars.sante.fr/listes-des-medecins-agrees-en-region-paca>

Le jour de la visite vous veillerez à présenter avec le courrier (dûment complété) que vous remettrez au médecin, tout dossier médical en votre possession, si vous avez eu un bilan ou un examen radiographique pour des problèmes lourds ou récents.

Je vous rappelle que votre intégration est soumise à l'avis médical qui sera donné. Vous devez donc impérativement fournir un certificat d'aptitude à l'emploi, que vous téléchargerez et adresserez au :

**Rectorat de l'académie d'Aix-Marseille
Division des personnels enseignants - Place Lucien Paye - 13621 AIX-EN-PROVENCE
Cedex 1.**

Je vous demande de bien vouloir retourner ce certificat avant le 31 août 2018.



RÉGION ACADÉMIQUE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION

RECTORAT
DIVISION DES PERSONNELS ENSEIGNANTS



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Concours de recrutement _____

Professeur stagiaire _____

Grade _____

Discipline _____

Docteur,

J'ai l'honneur de vous adresser,

M. Mme, _____

Date de naissance _____

Adresse _____

dans le cadre d'un recrutement.

Il convient :

- D'effectuer un examen médical de pré-embauche,
- D'orienter si nécessaire sur un médecin spécialiste pour examen complémentaire en cas de lourde pathologie.

Dans le cas où l'aptitude ne pose pas de problème, vous complèterez le certificat d'aptitude remis par le patient dont un exemplaire lui sera transmis.

Dans le cas de demande complémentaire vous ne remettrez aucun exemplaire au patient, et transmettez tout le dossier **au service de santé du Rectorat de l'académie d'Aix-Marseille - Place Lucien Paye - 13621 Aix-en-Provence Cedex 1 - ainsi que vos notes d'honoraires, en précisant la spécialité dont relève le patient.**

En vous remerciant par avance de votre prompte réponse, je vous prie d'agréer, Docteur, l'assurance de ma considération distinguée.

P.J. :

- Résultat de l'examen : aptitude sans problème ou examen complémentaire
- Fiche d'honoraires



RÉGION ACADÉMIQUE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION

RECTORAT
Division des Personnels Enseignants

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PHYSIQUE POUR L'ADMISSION A UN EMPLOI PUBLIC

Je soussigné(e)....., médecin généraliste agréé(e), certifie, après avoir examiné ce jour....., qu'il/elle n'est atteint(e) d'aucune maladie ou handicap ou que les maladies ou handicaps constatés et qui doivent être indiqués au dossier médical de l'intéressé(e) sont compatibles avec l'exercice des fonctions postulées (.....).

Fait à....., le.....

(Signature et cachet du praticien)

Rappel : Les médecins agréés appelés à examiner des fonctionnaires ou des candidats aux emplois publics dont ils sont les médecins traitants sont tenus de se récuser (article 4 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986).

HONORAIRES MEDICAUX OBLIGATOIRES

Conformément à l'arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986.

DESIGNATION DE L'AGENT :

NOM : Fonctions :

Prénom : Etablissement :

DESIGNATION DU CREANCIER :

(Identification du praticien)

M. Mme Mlle

INTITULE DU COMPTE (JOINDRE R.I.B. ou R.I.P. au format BIC IBAN) et copie du livret de famille si le prénom du créancier est différent de celui du RIB.

Numéro Siret :

Numéro d'agrément du praticien :

Signature et cachet du créancier :

ACTE MEDICAL REALISE : Au cabinet A domicile

Objet de la visite / de l'acte médical :

- visite d'embauche avec conclusions
- visite d'embauche avec rapport au médecin de prévention
- contrôle médical
- expertise CLM / CLD

DATE

NATURE DE L'ACTE

MONTANT

.....

.....

Demande d'examen complémentaire : oui non si oui préciser la nature de l'acte :

NOTE IMPORTANTE :

Ce document étant destiné à une exploitation informatique, il est très important que les enseignements figurent dans les emplacements prévus à cet effet.

HONORAIRES MEDICAUX COMPLEMENTAIRES

Conformément à l'arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986.

DESIGNATION DE L'AGENT :

NOM : Fonctions :
Prénom : Etablissement :

DESIGNATION DU CREANCIER :

(Identification du praticien)

M. Mme Mlle :

INTITULE DU COMPTE (JOINDRE R.I.B. ou R.I.P. au format BIC IBAN) et copie du livret de famille si le prénom du créancier est différent de celui du RIB.

Numéro Siret :

Numéro d'agrément du praticien :

Signature et cachet du créancier :

ACTE MEDICAL COMPLEMENTAIRE REALISE :

Dans le cadre d' :

- d'une visite d'embauche
- un contrôle médical
- une expertise CLM / CLD

DATE

NATURE DE L'ACTE

MONTANT

.....
.....
.....

NOTE IMPORTANTE :

Ce document étant destiné à une exploitation informatique, il est très important que les enseignements figurent dans les emplacements prévus à cet effet.