



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

Direction des Personnels
Enseignants

Objet : Contrôle d'aptitude physique

92, rue de Marseille
BP 7227
69354 Lyon cedex 07

Dans le cadre de votre intégration dans la fonction publique, vous devez bénéficier d'un examen médical d'aptitude.

Afin de procéder au contrôle d'aptitude physique, je vous prie de bien vouloir respecter la procédure suivante :

1°) Faire pratiquer dans un Centre de Vaccinations gratuit ou chez votre médecin traitant une INTRA DERMO-REACTION (IDR) à la tuberculine : ce test de référence est institué par le décret 2004-635 du 30 juin 2004 qui modifie les articles R 3112-2 et 3112-4 du Code de Santé Publique.

- Vous devez vous munir de :
 - votre carnet de santé
 - votre carnet de vaccination.
- Une attestation vous sera délivrée par le Centre de Vaccinations.

2°) Prendre rendez-vous auprès d'un médecin agréé pour effectuer le contrôle de votre aptitude physique à l'emploi, en précisant l'objet de votre visite.

- Vous devez vous munir de :
 - L'attestation délivrée par le centre de vaccination ;
 - Carnet de vaccination à jour
 - Carnet de santé
 - Bilans médicaux éventuels.
 - Formulaire d'attestation médicale d'aptitude jointe à ce courrier
 - La Fiche de remboursement d'honoraires

Cet examen médical est une obligation légale à laquelle tout stagiaire doit se conformer, sous peine de voir annuler sa nomination en tant que stagiaire.

Vous devez impérativement passer cette visite médicale **avant le 31 octobre 2016**.

Les attestations médicales d'aptitude et les fiches de remboursement d'honoraires devant nous être retournées sans délai par le médecin qui vous a examiné.



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

AVIS DE CONTROLE DE L'APTITUDE PHYSIQUE DES PERSONNELS ENSEIGNANTS ET CPE STAGIAIRES

- Loi 83-634 du 13 juillet 1983 modifié portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- Vu le décret 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme et aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime des congés maladie des fonctionnaires ;
- Vu la circulaire 94-156 du 4 mai 1994 sur le contrôle de l'aptitude physique des personnels enseignants.

Le Stagiaire : **Nom :** _____ **Prénom :** _____
Nom de jeune fille : _____

Qualité : Certifié / Agrégé **Discipline :** _____
Professeur d'EPS
Professeur lycée professionnel **Discipline :** _____
Conseiller Principal d'Education

CERTIFICAT MÉDICAL **N'INSCRIRE AUCUN ELEMENT MÉDICAL SUR CE DOCUMENT**
À remplir par le médecin agréé (en aucun cas par un remplaçant)

Je soussigné, Docteur (Nom, Prénom)

Médecin agréé compétent pour contrôler l'aptitude physique aux emplois publics, déclare avoir examiné ce jour,

M., Mme, ⁽¹⁾

constate qu'il (ou elle) n'est atteint d'aucune maladie, infirmité ou que les infirmités ou maladies constatées et signalées dans le dossier médical de l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées.

constate qu'il (ou elle) est inapte à la fonction postulée

Timbre du praticien

Fait à..... le

(signature)

A retourner à la Direction des Personnels Enseignants
Rectorat de Lyon – 92 rue de Marseille – BP 7227 – 69354 Lyon cedex 07.

ATTENTION : TOUT COURRIER COMPLEMENTAIRE FAISANT MENTION DE LA SITUATION MEDICALE PARTICULIERE DE L'AGENT DOIT ETRE JOINT SOUS PLI CONFIDENTIEL AU SERVICE MEDICAL DU RECTORAT DE LYON

FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES



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

LES PHOTOCOPIES DE CE DOCUMENT NE SONT PAS ACCEPTÉES

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
N° tiers CHORUS	
Exercice :	
RECCHOR 069	
BOP	

A retourner par le médecin à :

Rectorat de Lyon

DIPE

92 rue de Marseille – BP 7227

69354 LYON cedex 07

► Accompagné : **d'un RIB,**

de votre numéro SIRET (ou à défaut d'une copie de votre carte nationale d'identité)
du certificat médical établi

N'INSCRIRE AUCUN ELEMENT MEDICAL SUR CE DOCUMENT

(à remplir par le médecin agréé : en aucun cas par un remplaçant)

Je soussigné, Docteur (Nom, Prénom).....

N° SIRET (à 14 chiffres) :.....

Médecin généraliste agréée demande le règlement de la somme de **23,00 euros** (vingt-trois euros) représentant le montant de mes honoraires pour l'examen de la personne désignée ci-dessous, à verser sur mon compte :

Code banque :..... Code guichet :..... N° de compte..... Clé :.....

Domiciliation :.....

Agence :.....

Timbre du praticien fait à..... le.....

(signature)

RENSEIGNEMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

Nom de la personne examinée :

Nom de jeune fille :

Prénom :

► cocher les cases correspondantes :

Enseignant (matière);..... Non enseignant (Grade) :.....

Public Privé

Etablissement d'affectation :

Code postal établissement :

Commune établissement :