

## CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Etabli à la demande de l'administration en vue d'admission à un emploi public

Décret n° 86-442 du 14/03/1986 modifié

Je soussigné(e) Docteur

**Médecin généraliste agréé,**

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR

M, Mme

Professeur stagiaire.

- Avoir constaté qu'i (ou qu'elle) n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions postulées et est reconnu(e) apte à occuper un emploi public
- Avoir conclu à l'opportunité d'un examen médical spécialisé

**TIMBRE DU PRATICIEN**

A....., le

Signature

**Certificat à remettre à l'intéressé(e)**

La demande de remboursement de cette consultation sera directement adressée par le praticien au Rectorat de Créteil, Division des Personnels Enseignants 4, rue Georges Enesco 94010 CRETEIL Cedex