



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



OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS

DU MEDECIN AGREE

Nom du médecin :

Adresse :

Désignation de l'acte :

Le médecin soussigné certifie avoir examiné :

Mlle , M.

Résidant à :

.....
.....

En poste dans le département de :

et atteste :

qu'il(elle) n'est pas atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice de la fonction d'Instituteur ou de Professeur des écoles.
(en faire la mention expresse ci-dessous)

.....

qu'il (elle) présente des infirmités constatées à l'examen (conformément au décret du 5 avril 1968, il convient d'en faire la description détaillée, sous pli confidentiel destiné au Comité Médical Départemental).

Fait à, le

(cachet et signature du Médecin)



RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

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



ETAT des honoraires dus aux Médecins Agréés pour pratiquer les examens d'aptitude des personnels de l'Education Nationale

Examen d'aptitude

- 1er emploi
- après disponibilité et congé parental

Nature de l'emploi, cocher obligatoirement une case :

- Enseignant 1^{er} degré **public** département :
- Enseignant 1^{er} degré **privé** département :
- Enseignant 2nd degré **public** Enseignant 2nd degré **privé**
- AESH** département :
- Autres** préciser :
- Agent **administratif**

NOM PRENOM et ADRESSE du MEDECIN	Renseignements sur le patient	Honoraires (joindre impérativement un relevé d'identité bancaire)
	- Date de l'examen : - Nom, Prénom de la personne examinée :	
Numéro SIRET (14 chiffres) :		

Le médecin (cachet et signature) :

Ce document complété doit être transmis DIRECTEMENT, avec le RIB au :

RECTORAT DE GRENOBLE
DBF 32 – Bureau 414
7, place Bir-Hakeim
CS 81065
38021 GRENOBLE CEDEX 1