

HONORAIRES DU MEDECIN AGREE

(à remplir par le médecin concerné)

NOM du fonctionnaire :

Professeur stagiaire

discipline :

Etablissement d'affectation :

NOM et Prénom du Médecin :

Adresse :

Numéro ADELI

Date de la consultation :

Somme due :

Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal.

A renvoyer avec vos conclusions médicales :

RECTORAT
Cellule de Gestion Collective
22, rue Guillaume VII le Troubadour
CS 40625
86022 POITIERS Cedex



RÉGION ACADÉMIQUE
NOUVELLE-AQUITAINE

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



RESULTATS DE L'EXAMEN MEDICAL

PROFESSEURS STAGIAIRES SECOND DEGRE

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS DU MEDECIN AGREE

(à renvoyer : Service : Cellule de Gestion Collective - RECTORAT - 22, rue Guillaume VII le Troubadour
CS 40625 – 86022 POITIERS Cedex)

NOM du Médecin agréé :

Adresse :

Le Médecin soussigné,

Certifie que **M. ou Mme**

Professeur stagiaire en (discipline) :

Au (Etablissement)..... à (Ville).....

- n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions de professeur second degré
- Conclut à la nécessité d'un examen complémentaire.
- Constate que M. ou Mme est inapte aux fonctions de professeurs second degré.

*Pour les deux derniers cas, faire parvenir une lettre sous pli confidentiel à
Madame le Docteur Patricia TISSIER-FIZAZI Médecin Conseiller Technique du
Recteur - RECTORAT – 22 rue Guillaume VII le Troubadour – CS 40625 – 86022
POITIERS Cedex*

Fait à _____, le _____

(signature et cachet du médecin agréé)

(1) Rayer le (ou les) paragraphe(s) inutile(s)