



FICHE DE CONTROLE D'APTITUDE

RÉGION ACADÉMIQUE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE

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

Réf. :

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.
Décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié.

Rectorat de l'académie de
Nice

SPEEO
Service des Personnels
Enseignants, d'Education et
d'Orientation

53 avenue Cap de Croix
06181 Nice cedex 2

Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____

Stagiaire : Enseignant Documentation Education Orientation

Discipline : _____

Affectation : _____

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur _____ médecin agréé,

Déclare avoir examiné ce jour, Mme, M. _____

Certifie qu'il (elle) ne présente aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice de la fonction postulée.

Certifie qu'il (elle) est inapte à la fonction.

Je joins un courrier confidentiel à l'attention du Médecin de Prévention de l'académie de Nice pour demander une consultation auprès d'un médecin spécialiste agréé, ou pour lui transmettre des observations particulières (taux d'invalidité préexistant, aménagements de poste à envisager ...)

Fait à _____, le

Cachet et signature du praticien,

Le médecin renseigne l'état des sommes dues qu'il adresse au Rectorat - Service des Personnels Enseignants, d'Education et d'Orientation, accompagné d'un RIB original pour le règlement de ses honoraires.