



**ACADÉMIE
DE GRENOBLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS DU MEDECIN AGREE

Nom du médecin :

L'examen doit être effectué par un médecin généraliste inscrit sur les listes. Si une raison implique la consultation d'un médecin spécialiste inscrit sur les listes, la différence d'honoraires restera à la charge du personnel (sauf acceptation préalable de l'administration).

Adresse :

Désignation de l'acte :

Le médecin soussigné certifie avoir examiné :

Mme, M.

Résidant au :

Nature de l'emploi, cocher obligatoirement une case :

- | | | |
|---|---------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Enseignant 1 ^{er} degré public | département : | <input type="checkbox"/> Enseignant 2 nd degré privé |
| <input type="checkbox"/> Enseignant 1 ^{er} degré privé | département : | <input type="checkbox"/> Agent administratif |
| <input type="checkbox"/> Enseignant 2 nd degré public | | |
| <input type="checkbox"/> AESH département : | | |
| <input type="checkbox"/> Autres préciser : | | |

et atteste :

qu'il (elle) n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité,

qu'il (elle) est atteint(e) d'une maladie ou d'une infirmité qui n'est pas incompatible avec l'exercice de ses fonctions et de plus que l'examen orienté notamment vers le dépistage des troubles psychopathologiques des affectations cancéreuses ou d'une affection poliomyélitique, n'a mis en évidence aucune manifestation morbide,

qu'il (elle) est atteint(e) d'une maladie ou d'une infirmité qui est incompatible avec les fonctions postulées

Fait à, le

(cachet et signature du Médecin)