

*Division des Personnels Enseignants du 1<sup>er</sup> degré  
Bureau de la DIPE II*

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e), (nom – prénom) :.....  
médecin généraliste agréé par les services préfectoraux, exerçant (adresse) :

.....

certifie que .....

- est apte à l'exercice des fonctions d'enseignant
- nécessite un examen complémentaire par un médecin spécialiste <sup>(1)</sup> agréé en.....
- est inapte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles <sup>(1)</sup> (joindre un rapport circonstancié)

Signature et cachet du praticien

Fait à ....., le .....

<sup>(1)</sup> rayer les mentions inutiles

.....

**certificat médical      Partie à conserver par le professeur des écoles**

Je soussigné(e), (nom – prénom) :.....  
médecin généraliste agréé par les services préfectoraux, exerçant (adresse) :

.....

certifie que .....

- est apte à l'exercice des fonctions d'enseignant
- nécessite un examen complémentaire par un médecin spécialiste <sup>(1)</sup> agréé en.....
- est inapte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles <sup>(1)</sup> (joindre un rapport circonstancié)

Signature et cachet du praticien

Fait à ....., le .....

<sup>(1)</sup> rayer les mentions inutiles