

*Division des Personnels Enseignants du 1^{er} 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 ⁽¹⁾ agréé en.....
- est inapte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles ⁽¹⁾ (joindre un rapport circonstancié)

Signature et cachet du praticien

Fait à, le

⁽¹⁾ 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 ⁽¹⁾ agréé en.....
- est inapte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles ⁽¹⁾ (joindre un rapport circonstancié)

Signature et cachet du praticien

Fait à, le

⁽¹⁾ rayer les mentions inutiles