

Division des Personnels Enseignants
Du 1^{er} degré – Bureau 241

CERTIFICAT MEDICAL

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

exerçant (adresse) :

certifie que M.....

- * est apte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles ⁽¹⁾
- * 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 M.....

- * est apte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles ⁽¹⁾
- * 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