

**CERTIFICAT MEDICAL ADMINISTRATIF**

**Établi à la demande de l'administration**

**en vue d'admission ou réintégration dans un emploi public**

Décret n°86-442 du 14/03/1986 Titre II – article 20

**Je soussigné(e), Docteur NOM, PRENOM :** .....

Médecin agréé par les services préfectoraux,

Exerçant (adresse).....

**Certifie avoir examiné ce jour**

- Nom d'usage : .....Nom de famille : .....

- PRENOM : .....

- CORPS : Instituteur  professeur des écoles

Avoir constaté qu'il/elle n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions postulées et est reconnu(e) apte à occuper un emploi public

Nécessite un examen complémentaire par un médecin spécialiste agréé en.....

Est inapte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles (joindre un rapport circonstancié)

Fait à.....le,.....

SIGNATURE et CACHET DU PRATICIEN :

.....

**CERTIFICAT MEDICAL**

**PARTIE A CONSERVER PAR L'AGENT**

**Je soussigné(e), Docteur NOM, PRENOM :** .....

Médecin agréé par les services préfectoraux,

**Certifie avoir examiné ce jour**

- Nom d'usage : .....Nom de famille : .....

- PRENOM : .....

- CORPS : Instituteur  professeur des écoles

Avoir constaté qu'il/elle n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions postulées et est reconnu(e) apte à occuper un emploi public

Nécessite un examen complémentaire par un médecin spécialiste agréé en.....

Est inapte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles (joindre un rapport circonstancié)

Fait à.....le,.....

SIGNATURE et CACHET DU PRATICIEN :



**ACADÉMIE  
DE NICE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction des Services Départementaux  
de l'Éducation Nationale du Var**

**FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES**

**Les honoraires sont remboursés directement au médecin, le patient ne doit pas avancer les frais.**

LES PHOTOCOPIES DE CE DOCUMENT NE SONT PAS ACCEPTÉES

Je soussigné(e), (nom – prénom),.....

Médecin généraliste agréé par l'Administration, exerçant à .....

N° SIRET OBLIGATOIRE A COMPLETER OBLIGATOIREMENT (14 chiffres) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° INSEE A DEFAUT DU NUMERO SIRET (13 chiffres) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de l'examen	Nom Prénom Qualité du fonctionnaire	Taux (C – K – Z)	Somme due en précisant obligatoirement - TTC (dont 20 % de TVA incluse) ou indiquer si exonération de la TVA : « Franchise de TVA, art 293 B du CGI ».

- Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal à l'adresse indiquée ci-dessus.
- Le certificat médical

\*\*\*\*\*

Nom – Prénom de la personne examinée :

Monsieur ou Madame : .....

Examiné(e) le : .....

Signature et cachet du praticien : Fait à....., le .....