

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 :



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