

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

*établi, à la demande de l'administration,
en vue de l'admission à un emploi public
(application du décret n° 86.442 du 14 mars 1986 – article 20)*

Je
soussigné(e) _____
(nom et qualité, préciser obligatoirement la qualification de médecin généraliste
agrégé)

certifie avoir examiné ce jour,

M
(Mme) _____

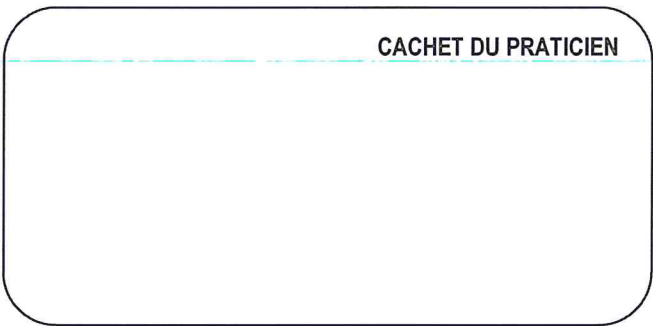
candidat(e) à un emploi de :

(Grade à préciser)

et avoir constaté que l'intéressé(e) n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice de ses fonctions et, de plus, que l'examen effectué ne conclut pas à l'opportunité d'un examen complémentaire auprès d'un médecin spécialiste agréé.

Observations éventuelles du médecin généraliste agréé :

CACHET DU PRATICIEN



Fait à

le

Signature

Original à renvoyer à : Direction des services départementaux de
l'Éducation nationale de l'Oise
Division de la Gestion des Personnels- DGP2-
bureau de l'Oise
22, avenue Victor Hugo, 60025 Beauvais cedex

SIGNALÉ

Ce certificat médical constitue un pré-requis impératif à votre nomination en tant que professeur des écoles stagiaire. A retourner pour le 13 août 2018, délai de rigueur.