

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE PHYSIQUE POUR L'ADMISSION A UN EMPLOI PUBLIC

NOM DU MEDECIN AGREE :

ADRESSE :

Je soussigné(e) Docteur
Médecin généraliste (agrée(e)), certifie, après avoir examiné ce jour

Madame, Monsieur

- Qu'il/elle n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressée(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions de professeur des écoles.

- Conclut à l'opportunité d'un examen complémentaire par un spécialiste agréé en

- Est inapte aux fonctions de professeur des écoles.

Fait à _____, le _____
(Signature et cachet du médecin)