

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Grade :** \_\_\_\_\_ **Discipline :** \_\_\_\_\_

**Affectation :** \_\_\_\_\_

Est invité(e) à se présenter devant un médecin généraliste agréé, pour subir la visite médicale réglementaire exigible pour tout candidat à un emploi public conformément aux lois n°83-634 du 13.07.1983, n° 84-16 du 11.01.1984 ou à l'article L 481-1 du code de l'éducation.

**La consultation n'est pas à votre charge.**

**DSDEN**

La liste des médecins agréés est consultable à l'adresse suivante :

**D1D**

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaire-des-professionnels-et-etablissements>

Affaire suivie par  
Nathalie REGNOUF

**En aucun cas, il n'est possible de s'adresser au médecin traitant.**

Le certificat médical est à retourner impérativement pour le : 30 avril 2022 au plus tard.

Strasbourg, le 10 novembre 2021

Pour le Recteur  
Pour le Secrétaire Général  
Le Chef du bureau

\_\_\_\_\_  
**Fiche de Remboursement d'Honoraires**  
(à remplir par le médecin)

**Le montant des honoraires est fixé par l'arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986.**

Je soussigné Docteur .....

SIRET :

ayant procédé à l'examen médical de M/Mme : .....

demande le règlement de la somme de .....€

et en lettres .....

TVA non applicable, article 293B du CGI

TVA applicable

**Joindre obligatoirement un RIB.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et

cachet du médecin

Document à retourner intégralement au service émetteur dont les coordonnées sont indiquées sur la gauche du document.

**A compléter par l'administration**

Date de réception  
de la facture :

Service fait le :

Cachet du service émetteur et signature

## RESULTATS DE L'EXAMEN MEDICAL

### ETABLI EN VUE DE LA REPRISE DES FONCTIONS DE PROFESSEUR(E) DES ECOLES

Observations et conclusions du médecin agréé

Je, soussigné (e) ....., médecin généraliste agréé(e),

certifie que Mme, M.....

n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions de professeur(e) des écoles (art de la loi n° 83-634 du 13/07/1983 et art 20 du décret n° 86-442 du 14/03/1986),

conclut à l'opportunité de soumettre Mme, M.....  
à un examen complémentaire par un spécialiste agréé de .....

constate que Mme, M.....  
est inapte aux fonctions de professeur des écoles.

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du praticien