



ACADEMIE
DE NICE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction des services départementaux
de l'Education nationale des Alpes-Maritimes**

*Division des Personnels Enseignants
Du 1^{er} degré – Bureau 242*

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), (nom – prénom) :
médecin généraliste agréé par les services préfectoraux, exerçant (adresse) :

certifie que

- est apte à l'exercice des fonctions d'enseignant
 nécessite un examen complémentaire par un médecin spécialiste⁽¹⁾ agréé en.....
.....
 est inapte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles⁽¹⁾ (joindre un rapport circonstancié)

Signature et cachet du praticien

Fait à, le

(1) rayer les mentions inutiles

S _____ certificat médical Partie à conserver par le professeur des écoles

certifie que

- est apte à l'exercice des fonctions d'enseignant

nécessite un examen complémentaire par un médecin spécialiste⁽¹⁾ agréé en.....

.....

est inapte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles⁽¹⁾ (joindre un rapport circonstancié)

Signature et cachet du praticien

Fait à, le

⁽¹⁾ rayer les mentions inutiles