

*Division des Personnels Enseignants  
Du 1<sup>er</sup> 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 <sup>(1)</sup> agréé en.....  
.....  
☐ est inapte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles <sup>(1)</sup> (joindre un rapport circonstancié)

Signature et cachet du praticien

Fait à ....., le .....

<sup>(1)</sup> rayer les mentions inutiles

✍

**certificat médical**

**Partie à conserver par le professeur des écoles**

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 <sup>(1)</sup> agréé en.....  
.....  
☐ est inapte à l'exercice des fonctions de professeur des écoles <sup>(1)</sup> (joindre un rapport circonstancié)

Signature et cachet du praticien

Fait à ....., le .....

<sup>(1)</sup> rayer les mentions inutiles