

**à envoyer au RECTORAT / DPE
POUR LE 15 septembre 2021
IMPERATIVEMENT**

Cellule coordination

CERTIFICAT MEDICAL

Etabli à la demande de l'administration, en vue de la nomination dans un emploi public d'un travailleur handicapé bénéficiaire de l'obligation d'emploi, délivré par un médecin généraliste agréé, hors le médecin traitant.

Loi n° 83.634 du 13 juillet 1983 – décret n°86-442 du 14 mars 1986 – circulaire ministérielle n° 94.156 du 4 mai 1994

JE SOUSSIGNE (Nom en lettres capitales et qualité) :

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR :

Nom, Prénom : Date de naissance :

Grade : Discipline :

- Et avoir constaté qu'il (ou elle) n'est atteint (e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions : (rayer les mentions inutiles)

- d'enseignement
- d'éducation
- d'information et d'orientation
- de surveillance

et atteste la compatibilité du handicap avec les fonctions exercées.

- ou avoir constaté, en cas d'affection incompatible avec l'exercice des fonctions susvisées, que compte tenu des connaissances scientifiques acquises au moment de l'examen, il est établi que des traitements existent pour cette affection de nature à provoquer la guérison ou à bloquer l'évolution de l'affection dans un état compatible avec l'exercice des fonctions (CE 6 juin 2008 - requête 299 943) OUI NON

OBSERVATIONS EVENTUELLES DU MEDECIN :

.....

Timbre du praticien

Fait à....., le.....

Signature

PROPOSITION DU CONSEILLER MEDICAL DE L'ACADEMIE

APTE

INAPTE

AJOURNE

Limoges, le.....

DECISION DU RECTEUR

Limoges, le

A L'ATTENTION DU MEDECIN GENERALISTE AGREE

Je vous demanderais de bien vouloir adresser, simultanément en retour, le certificat médical et l'attestation ci dessous destinée au paiement de vos honoraires au :

**RECTORAT – Cellule Coordination
13, rue François Chénieux
87031 LIMOGES CEDEX**

Avec mes remerciements.

ATTESTATION A RENVOYER PAR LE MEDECIN AGREE

LE DOCTEUR (NOM et qualité)

N° SIRET (à remplir obligatoirement)

CERTIFIE AVOIR PROCEDE à L'EXAMEN MEDICAL de :

Civilité, NOM, Prénom :

Grade :

Discipline :

A....., le.....

Timbre du Praticien

Signature

Joindre un RIB

MODE DE REGLEMENT DES HONORAIRES
(Joindre un Relevé Identité bancaire ou postal)

Montant des Honoraires :