HONORAIRES DU MEDECIN AGREE

(à remplir par le médecin concerné)

|  |
| --- |
| NOM du fonctionnaire :  Professeur stagiaire discipline :  Etablissement d’affectation : |

|  |
| --- |
| NOM et Prénom du Médecin :  Adresse :  Numéro ADELI  Date de la consultation :  Somme due :  **Joindre un relevé d’identité bancaire ou postal.** |

**A renvoyer avec vos conclusions médicales :**

**RECTORAT DE L’ACADEMIE DE POITIERS**

Division des personnels enseignants  
 Bureau DPE1 (pour les Certifiés et PsyEn) ou Bureau DPE 2 (pour les agrégés, PLP, PEPS et CPE)

22 Rue Guillaume VII Le Troubadour  
 CS 40 625  
 86022 POITIERS cedex

# 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **RESULTATS**  **DE L’EXAMEN MEDICAL**    PROFESSEURS STAGIAIRES SECOND DEGRE |

**OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS DU MEDECIN AGREE**

**A remettre en priorité lors de la journée d’accueil administratif**

ou à renvoyer au : Rectorat de l’académie de Poitiers  
 Division des Personnels Enseignants  
 Bureau DPE1 (pour les Certifiés et PsyEn) ou Bureau DPE 2 (pour les agrégés, PLP, PEPS et CPE)

22 Rue Guillaume VII Le Troubadour  
 CS 40 625  
 86022 POITIERS cedex

**NOM du Médecin agréé :**

**Adresse :**

Le Médecin soussigné,

Certifie que **M. ou Mme ………………………………………………………….**

Professeur stagiaire en (discipline) : ………………………………………………..

Au (Etablissement)……………………………………………. à (Ville)………….….

* n’est atteint d’aucune maladie ou infirmité incompatible avec l’exercice des fonctions de

professeur second degré

1. Conclut à la nécessité d’un examen complémentaire.
2. Constate que M. ou Mme …………………………………

est inapte aux fonctions de professeurs second degré.

*Pour les deux derniers cas, faire parvenir une lettre sous pli confidentiel à Madame le Docteur Patricia TISSIER-FIZAZI Médecin Conseiller Technique du Recteur - RECTORAT – 22 rue Guillaume VII le Troubadour – CS 40625 – 86022 POITIERS Cedex*

Fait à , le

(signature et cachet du médecin agréé)

(1) Rayer le (ou les) paragraphe(s) inutile(s)