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)