

RESULTAT DE L'EXAMEN MEDICAL

CERTIFICAT D'APTITUDE POUR REPRISE D'UN POSTE D'ENSEIGNANT APRES UNE INTERRUPTION LIEE A UNE PERIODE DE DISPONIBILITE

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS DU MEDECIN AGREE

NOM du MEDECIN :

ADRESSE :

Le médecin soussigné,

☐ certifie que M, Mme

Enseignant(e) du premier degré public pour le département de la Mayenne **n'est pas atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions d'enseignant(e).**
(Cf . décret n°90-680 du 1^{er} août 1990)

☐ constate que M., Mme

Enseignant(e) du premier degré public pour le département de la Mayenne est **INAPTE à une reprise de ses fonctions d'enseignant(e)**

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin