

## 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 Sarthe **n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions d'enseignant(e).**(Cf. décret n° 90 – 680 du 1<sup>er</sup> août 1990)\* constate que M., Mme .....Enseignant(e) du premier degré public pour le département de la Sarthe est **INAPTE à une reprise de ses fonctions d'enseignant(e).**

Fait à .....

Le .....

Signature et cachet du médecin

(\*) Cocher le paragraphe utile

À retourner à :  
DSDEN 72  
D1D / Gestion collective  
19 boulevard Paixhans  
CS 50042  
72071 LE MANS CEDEX 9

Tél. : 02.43.61.58.28 ou 29