

Nantes, le 31 mai 2019

**LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE NANTES**

à

Mesdames et Messieurs les Professeurs et  
Conseillers principaux d'éducation stagiaires

Rectorat d'Académie

Délégation Académique à  
l'Action Educative et à la  
Pédagogie  
(DAEP)

Service Médico-Social

Dossier suivi par

Dr A.L VINCENT  
Médecin Conseiller  
Technique auprès du Recteur  
☎ 02.40.37.38.84

[secretariat.sms@ac-nantes.fr](mailto:secretariat.sms@ac-nantes.fr)

4, rue de la Houssinière  
B.P. 72616  
44326 NANTES Cedex 3

**Objet : Contrôle de l'Aptitude Physique pour l'admission aux emplois publics**

- Loi 83-634 du 13 juillet 1983 et loi 84-16 du 11 janvier 1984,
- Décret 86-442 du 14 mars 1986 - article 20 à 23,
- Décret 94-874 du 7 octobre 1994 fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'Etat et de ses établissements publics

En application des articles suscités, je vous prie de trouver, ci-joint, un certificat médical **Fiche n°1 ou Fiche n°2 (pour les personnels bénéficiaires d'une RQTH) et la fiche de remboursement d'honoraires** devant être complétées par le **médecin généraliste agréé** de votre choix.

Ce médecin devra **impérativement être inscrit** sur la liste des **médecins agréés** par l'Administration et ne peut être **ni son remplaçant, ni votre médecin traitant.**

La liste des médecins agréés par l'Administration est disponible sur le site de l'ARS (Agence Régionale de Santé) de votre région.

Pour l'Académie de Nantes, je vous invite à consulter le site Internet de l'ARS des Pays de Loire à l'adresse suivante :

<http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Medecins-agrees.96125.0.html>  
ou le site de l'ARS de votre région.

Le jour de la visite, vous veillerez à présenter avec le certificat médical que vous remettrez au médecin, tout dossier médical en votre possession, si vous avez eu un bilan ou un examen radiographique pour des problèmes lourds ou récents ainsi que votre carnet de vaccination.

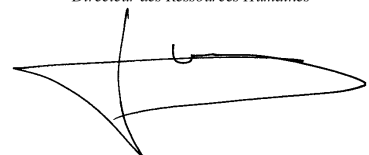
Ce **certificat médical obligatoire** ainsi que la fiche de remboursement d'honoraires établis en **double exemplaire** devront parvenir **impérativement avant le 16 août 2019** à l'adresse suivante :

**Rectorat de Nantes - Site Jonelière  
Service Médico-Social  
À l'attention du Docteur VINCENT  
Médecin Conseiller Technique auprès du Recteur  
BP 72616  
44326 Nantes cedex 3**

J'attire votre attention sur le fait qu'**aucun rappel ne sera effectué.**

Je vous signale que l'absence de régularisation de votre situation quant au contrôle de votre aptitude physique confère un effet provisoire et suspensif à toute décision administrative vous concernant et qu'en tout état de cause **vous ne pourrez être titularisé.**

*Pour le Recteur et par délégation,  
Le Secrétaire Général Adjoint de l'Académie  
Directeur des Ressources Humaines*



Marc VAULÉON  
William MAROIS



RÉGION ACADÉMIQUE  
PAYS DE LA LOIRE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



ADMISSION A UN EMPLOI PUBLIC  
EN QUALITE DE STAGIAIRE OU DE TITULAIRE  
- **CONTRÔLE DE L'APTITUDE PHYSIQUE** -

- Loi 83-634 du 13 juillet 1983 et loi 84-16 du 11 janvier 1984,
- Décret 86-442 du 14 mars 1986 - article 20 à 23,
- Décret 94-874 du 7 octobre 1994 fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'Etat et de ses établissements publics,

Rectorat d'Académie

Délégation Académique à  
l'Action Educative et à la  
Pédagogie  
(DAEP)  
Service Médico-Social

Dossier suivi par le

Dr A-L VINCENT  
Médecin Conseiller

Technique auprès du Recteur

☎ : 02.40.37.38.84

[secretariat.sms@ac-nantes.fr](mailto:secretariat.sms@ac-nantes.fr)

B.P. 72616  
44326 NANTES Cedex 3

**FICHE N°1 : CERTIFICAT MÉDICAL**

**Document à retourner en deux exemplaires (dont l'original) à l'adresse ci-contre**

*RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINEE*

NOM : ..... Prénoms : .....

Né(e) le ..... à .....

Adresse : .....

☎ : ..... e-mail : .....

Recruté(e) en qualité de fonctionnaire stagiaire

Fonction : ..... Discipline : .....

A la date du : 1<sup>er</sup> septembre 2019

**CERTIFICAT MÉDICAL**

Je soussigné.....  
(Nom en lettres capitales)

**CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ CE JOUR M** .....  
(Nom en lettres capitales et prénoms)

**ET DÉCLARE**<sup>(1)</sup>

reconnaître l'intéressé(e) **apte** à la fonction postulée.

que l'aptitude à l'exercice de la fonction doit faire l'objet d'un examen complémentaire et être appréciée par un médecin spécialiste agréé en ..... (indiquer la spécialité)

reconnaître l'intéressé(e) **inapte** à la fonction postulée.

Fait à ....., le .....  
**Signature et cachet (obligatoires) du praticien**

Cadre réservé au Rectorat

DIPE .....

DISCIPLINE

.....  
.....

(1) Cocher la ou les case(s) nécessaire(s)

**FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES**

Je soussigné .....

médecin généraliste agréé (1)

médecin spécialiste agréé (spécialité à préciser) (1) .....

demande le règlement de la somme de |.....| Euros pour l'examen suivant

consultation (1)

visite à domicile (1) en date du .....

acte complémentaire (1) (**préciser la cotation**) .....

A verser à CCP ou Banque |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....|

Centre CCP – Adresse de l'Agence Banque Obligatoire Code Banque Code Guichet

Numéro compte |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....|

Numéro compte Clé RIB

**(les 23 chiffres sont obligatoires ou joindre un RIB ou un RIP)**

Fait à ....., le .....

*Signature et cachet du médecin*

Numéro FINESS |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....| |.....|

Examen pratiqué pour

NOM ..... Prénom .....

Fonctions exactes .....

Affectation .....

**Partie à remplir par l'administration**

Motif de l'examen médical (1)	Références	Demande de l'administration (1)
<input checked="" type="checkbox"/> Examen d'un candidat à un emploi public	Art. 20 du décret n° 86.442 du 14.03.86	<input checked="" type="checkbox"/> certificat médical
<input type="checkbox"/> Contre-visite des fonctionnaires sollicitant un congé de maladie	Art. 25 du décret du 14.03.86	<input type="checkbox"/> établissement d'un <b>RAP-PORT MÉDICAL</b>
<input type="checkbox"/> Attribution, renouvellement ou visite de contrôle de CLM ou CLD ou de grave maladie	- Art. 34.35.36 du décret du 14.03.86 - Art. 13 du décret n° 86.83 du 17.01.86	<input type="checkbox"/> établissement d'un <b>RAP-PORT D'EXPERTISE</b> (Retraite pour invalidité)
<input type="checkbox"/> Contrôle avant réintégration d'un fonctionnaire ayant bénéficié d'un CLD ou d'un CLM	Art. 41 du décret du 14.03.86	
<input type="checkbox"/> Retraite pour invalidité	Art. 5 du décret du 18.03.86	<b><u>L'arrêté du 28 août 1998 article 3 fixe la rémunération des médecins en fonction de ces éléments</u></b>

(1) Cocher la ou les cases correspondantes

**imprimé à établir en deux exemplaires et à retourner obligatoirement :**

A l'attention du Docteur Anne-Léopoldine VINCENT  
Médecin Conseiller Technique auprès du Recteur  
Rectorat de Nantes – Site Jonelière  
Service Médico-Social  
BP 72616  
44323 NANTES Cedex 3