

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

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.

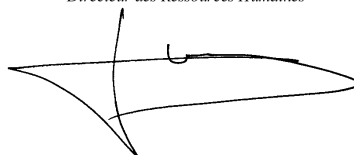
Ce **certificat médical obligatoire** ainsi que la fiche de remboursement d'honoraires établis en **double exemplaire** devront parvenir **impérativement avant le 16 août 2019** à l'adresse suivante :

**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



Rectorat d'Académie

Délégation Académique à
l'Action Educatrice 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

B.P. 72616
44326 NANTES Cedex 3

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,

**FICHE N°2 : CERTIFICAT MÉDICAL
A L'ATTENTION DES PERSONNELS BÉNÉFICIAIRES D'UNE
RQTH**

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINÉE

NOM : Prénoms

Né(e) le à

Adresse :

☎ : e-mail :

Recruté(e) en qualité de fonctionnaire stagiaire

Fonction : Discipline :

A la date du : 1^{er} septembre 2019

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné
(Nom en lettres capitales)

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

ET DÉCLARE⁽¹⁾

reconnaître l'intéressé(e) **apte** à la fonction postulée et constate que :

son handicap est compatible avec celle-ci et ne nécessite aucune compensation.

son handicap est compatible avec celle-ci compte-tenu des possibilités de compensation⁽²⁾ qui seront examinés par le médecin de prévention de l'académie.

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 et constate que son handicap est incompatible avec celle-ci.

Fait à, le.....

Signature et cachet (obligatoires) du praticien

Cadre réservé au Rectorat

DIPE

DISCIPLINE

.....
.....

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

(2) Les compensations les plus courantes sont les suivantes : mise en place de matériels adaptés, aménagements d'horaires, accessibilité des lieux de travail, transport domicile-travail, assistance humaine (pour les tâches matérielles uniquement, cette assistance ne pouvant conduire à se substituer aux missions premières de l'agent)...

Rectorat d'Académie

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

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

(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