

## **RESULTATS DE L'EXAMEN MEDICAL**

### **ETABLI EN VUE DE LA REPRISE DES FONCTIONS DE PROFESSEUR(E) DES ECOLES**

#### Observations et conclusions du médecin agréé

Je, soussigné (e) ....., médecin généraliste agréé(e),

certifie que Mme, M.....

n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions de professeur(e) des écoles (art de la loi n° 83-634 du 13/07/1983 et art 20 du décret n° 86-442 du 14/03/1986),

conclut à l'opportunité de soumettre Mme, M.....  
à un examen complémentaire par un spécialiste agréé de .....

constate que Mme, M.....  
est inapte aux fonctions de professeur des écoles.

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du praticien

dont ils sont les médecins traitants sont tenus de se récuser (article 4 du décret n°86-442 du 14 mars 1986).