

## FICHE DE CONTROLE D'APTITUDE

CONTROLE DE L'APTITUDE PHYSIQUE DES PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE

Loi 83-634 du 13 juillet 1983

Décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux agents non titulaires de l'état

Décret n°86-442 du 14 mars 1986

**JOINDRE UN RIB  
IMPERATIVEMENT**

NOM, Prénom :.....

Grade :.....

Etab., adresse :.....

### CERTIFICAT MEDICAL

à remplir par le médecin agréé(ne peut être rempli par un remplaçant)

Je soussigné, Docteur (Nom, Prénom).....

Déclare avoir examiné ce jour M., Mme.....

certifie qu'il(ou elle) n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice de la fonction postulée

certifie qu'il(ou elle) est inapte à la fonction postulée

\*je joins un courrier confidentiel à l'attention du Médecin Conseiller du Recteur  OUI  NON, pour demander un examen complémentaire, une consultation auprès d'un médecin spécialiste agréé, ou encore lui transmettre des observations particulières comme un taux d'invalidité préexistant ou des aménagements de poste à envisager.

Timbre du praticien

Fait à....., le.....  
(signature)

N'inscrire aucun élément médical sur ce document administratif

### DECISION DU RECTEUR

Le Recteur de l'académie de Besançon décide, au vu du certificat médical de contrôle d'aptitude physique, que le(la) postulant(e) est : APTE – INAPTE – AJOURNE(E)

Observations éventuelles :

Fait à Besançon, le.....