

Nom et adresse de l'établissement employeur

**CERTIFICAT DE CONTROLE DE L'APTITUDE PHYSIQUE DES PERSONNELS
EN VUE DE L'ADMISSION A UN EMPLOI PUBLIC (Décret n° 86-442 du 14 Mars 1986)**

Le médecin délivrant ce certificat doit obligatoirement être un médecin agréé

Examen médical concernant :

M.....

Demeurant.....

Effectué par le Docteur.....
Médecin agréé

Je soussigné(e) certifie avoir examiné ce jour

M.....

Fonction postulée : ASSISTANT D'EDUCATION

Et avoir constaté (cocher la case)

<input type="checkbox"/>	Qu'il – qu'elle n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions postulées
<input type="checkbox"/>	Et (ou) que les maladies et infirmités constatées qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées (1)
<input type="checkbox"/>	Je préconise un examen complémentaire auprès d'un médecin spécialiste agréé en (indiquer la spécialité) :
<input type="checkbox"/>	Qu'il – qu'elle n'est pas apte aux fonctions postulées

Lieu et date :

Signature et cachet du médecin :

(1) Dans ce cas, un certificat médical détaillé précisant ces maladies ou infirmités devra être adressé au médecin de prévention du Rectorat – 2 G rue du Général Delaborde BP 81921, 21019 DIJON CEDEX