



## FICHE DE CONTROLE D'APTITUDE

RÉGION ACADÉMIQUE  
BOURGOGNE  
FRANCHE-COMTÉ

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



Rectorat

Division des Personnels  
Enseignants  
DPE

### 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 modifié relatif aux agents non titulaires de l'Etat

Décret n°86-442 du 14 mars 1986

NOM, prénom :

Grade :

Etab.-adresse :

### CERTIFICAT MEDICAL

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

Je soussigné, Docteur .....(Nom, Prénom)  
déclare avoir examiné ce jour, M., Mme, Mlle .....

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 (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 de l'aptitude physique, que le (la) postulant(e) est : APTE – INAPTE – AJOURNE(E)

Observations éventuelles :

Fait à Besançon, le :