

## **RÉSULTATS DE L'EXAMEN MÉDICAL**

**ÉTABLI EN VUE DE LA REPRISE DES FONCTIONS**

**DE PROFESSEUR(E) DES ÉCOLES**

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