



Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Loire-Atlantique

Résultat de l'examen médical

**Certificat d'aptitude pour reprise d'un poste
d'enseignant après une interruption liée à une
période de disponibilité**

Observations et conclusions du médecin agréé

Nom du Médecin :

Adresse :
.....
.....
.....

Le médecin soussigné,

(*) Certifie que M., Mme
.....
.....

Enseignant(e) du premier degré public pour le département de la Loire-Atlantique n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions d'enseignant(e).

(Cf. décret n°90-680 du 1^{er} août 1990)

(*) Constate que M., Mme
.....
.....

Enseignant(e) du premier degré public pour le département de la Loire-Atlantique est inapte à une reprise de ses fonctions d'enseignant(e).

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin

(*) Cocher la case correspondante