

**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 : grade :.....discipline :.....

Et avoir constaté

| | |
|-------|---|
| 1(a) | Qu'il- qu'elle n'est atteint (e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice de la fonction postulée, |
| 2(a)* | Et (ou) que les maladies et infirmités constatées qui doivent figurer au dossier médical de l'intéressé(e), ne sont pas incompatibles avec l'exercice de la fonction postulée (b) |
| 3 (a) | Je préconise un examen complémentaire auprès d'un médecin spécialiste agréé en(indiquer la spécialité) |

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature du médecin

(a) rayer le ou les cadres inutiles

(*) 2(a) dans ce cas, un rapport médical précisant ces maladies ou infirmités devra être adressé à :

Madame le médecin de prévention du rectorat
2 G, rue général Delaborde - BP 81921 - 21019 DIJON Cedex