



RÉGION ACADÉMIQUE  
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES  
MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



**DIPE 5**

**AVIS DE CONTROLE  
DE L'APTITUDE PHYSIQUE  
DES PERSONNELS CONTRACTUELS ENSEIGNANTS, CPE ET  
PSYCHOLOGUES DE L'ÉDUCATION NATIONALE**

- Loi 83-634 du 13 juillet 1983 modifié portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- Décret 86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat ;
- Vu le décret 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme et aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime des congés maladie des fonctionnaires ;
- Vu la circulaire 94-156 du 4 mai 1994 sur le contrôle de l'aptitude physique des personnels enseignants.

Le contractuel : **Nom :**

**Prénom :**

**Nom de jeune fille :**

Qualité :

Professeur

**Discipline :**

Conseiller Principal d'Education

Psychologue de l'éducation nationale

**CERTIFICAT MÉDICAL N'INSCRIRE AUCUN ELEMENT MÉDICAL SUR CE DOCUMENT  
À remplir par le médecin agréé (en aucun cas par un remplaçant)**

Je soussigné, Docteur (Nom, Prénom) .....

Médecin agréé compétent pour contrôler l'aptitude physique aux emplois publics, déclare avoir examiné ce jour,

M., Mme, <sup>(1)</sup> .....

constate qu'il (ou elle) n'est atteint d'aucune maladie, infirmité ou que les infirmités ou maladies constatées et signalées dans le dossier médical de l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées.

constate qu'il (ou elle) est inapte à la fonction postulée

**Timbre du praticien**

Fait à..... le .....

(signature)

**ATTENTION : TOUT COURRIER COMPLEMENTAIRE FAISANT MENTION DE LA SITUATION MEDICALE PARTICULIERE DE L'AGENT DOIT ETRE JOINT SOUS PLI CONFIDENTIEL AU SERVICE MEDICAL DU RECTORAT DE LYON**

## FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES MÉDICAUX

Les personnels ne doivent pas faire l'avance des frais

**Tout document incomplet sera retourné au médecin par le service gestionnaire**

Les photocopies de ce document ne sont pas acceptées

**À retourner, accompagné d'un RIB et du certificat médical établi par le médecin à :**

**Rectorat de Lyon**

**DIPE 5**

92 rue de Marseille – BP 7227

69354 LYON cedex 07

### IDENTIFICATION DU MÉDECIN AGRÉÉ

**Merci de compléter à l'encre bleue**

Je soussigné, Docteur NOM – Prénom :

.....

N° de SIRET : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (14 chiffres)

Médecin généraliste agréé demande le règlement de la somme de **25,00 €** (vingt-cinq euros) représentant le montant de mes honoraires pour l'examen de la personne désignée ci-dessous.

*(Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n°86-442 du 14 mars 1986).*

**Timbre du praticien :**

Fait à ....., le

.....

**Signature**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom de la personne examinée :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Cocher les cases correspondantes :

Enseignant contractuel (**Discipline**) : .....  Non enseignant

Public  Privé

Apprenti

Etablissement d'affectation :

Code postal établissement :

Commune établissement :