

## CERTIFICAT MÉDICAL

*A retourner au Rectorat – Division des Personnels Enseignants,  
3 avenue Vercingétorix 63033 CLERMONT-FERRAND CEDEX 1.*

Je soussigné, ....., médecin agréé,

certifie que :

M ou Mme NOM : ..... Prénom : .....

stagiaire agrégé  certifié  PLP  CPE  Professeur d'EPS

discipline : .....

### (mentions obligatoires)

n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité

ou

les maladies ou infirmités constatées chez cet agent et qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées. (article 20 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié).

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du praticien :

### IMPORTANT :

"Les médecins agréés appelés à examiner, au titre du présent décret, des fonctionnaires ou des candidats aux emplois publics **dont ils sont les médecins traitants sont tenus de se récuser**" (article 4 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié).