

Certificat administratif
Décret n°86-442 du 14 mars 1986

Je soussigné Docteur :

Atteste avoir procédé le :-/...../20.....
à l'examen médical de :

Madame : (Nom Prénom **en majuscule**)

Monsieur : (Nom Prénom **en majuscule**)

Nom de l'établissement employeur :

Grade (**obligatoire**):

Service d'affectation :

Montant des honoraires plafonnés au tarif Sécurité sociale 25,00 €

Le montant des honoraires **ne doit pas** dépasser la somme forfaitaire de **25 euros**.
Il ne peut en aucun cas être demandé à l'agent de payer ces honoraires.

Motif de la visite :

Visite d'aptitude à l'emploi

Timbre et signature du praticien :

N° SIRET : (14 caractères) :
Obligatoire

.....

Bon pour paiement : (**signature et timbre du service gestionnaire**)

Le présent document doit être retourné au service gestionnaire :

Rectorat de Paris
Division des personnels enseignants du 1^{er} degré public
12 boulevard d'Indochine
75019 Paris

Accompagné d'un R.I.B. original (obligatoire) pour transmission après visa à la DAF – B 1028