



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



ACADEMIE DE PARIS

Certificat administratif

Décret n° 86-442 du 14 mars 1986

Je soussigné Docteur : _____, figurant sur la liste, établie par le
Préfet, **des médecins agréés** du département atteste avoir procédé le ___/___/___ à
l'examen médical de :

Mme M. (Nom et Prénom **en majuscule**) _____

Grade (**obligatoire**) : agrégé certifié PLP P.EPS CPE PSY EN

Discipline : _____

Nom de l'établissement employeur : Rectorat de PARIS

Nom de l'établissement 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
 Autre

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 par l'agent au service gestionnaire :
Rectorat de Paris - Division des personnels enseignants - 12 Bd d'Indochine - 75019 PARIS
accompagné d'un R.I.B. original du médecin (obligatoire) pour transmission après visa à la
DAF