



Direction des services départementaux  
de l'éducation nationale  
du Val-de-Marne

**APTITUDE MEDICALE**  
**CONCOURS DE RECRUTEMENT DES FONCTIONNAIRES STAGIAIRES**

**CONCLUSIONS DU MEDECIN AGREE**

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

.....

**DSDEN 94**  
**Division des**  
**ressources**  
**humaines et des**  
**moyens du 1<sup>er</sup> degré**

DRHM  
Bureau 272bis

EFS-94@ac-creteil.fr

**Immeuble le Saint-Simon**  
**70, av. du général de Gaulle**  
**94011 Créteil cedex**

\*\*\*

Le médecin soussigné, certifie que madame, monsieur :

Nom patronymique .....

Nom d'usage .....

Prénom .....

**Rayer le (ou les) paragraphe(s) inutile(s)**

- n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions d'étudiant(e) fonctionnaire stagiaire
- doit se soumettre à un examen complémentaire par un spécialiste agréé de .....(1)
- est inapte aux fonctions d'étudiant(e) fonctionnaire stagiaire.

Fait à....., le.....  
**(signature et cachet du médecin)**

(1) préciser la spécialité

**Ce document est à retourner, par le (la) stagiaire,**  
**à l'adresse suivante avant le lundi 23 août 2021**  
**Direction des services départementaux de l'éducation nationale**  
**du Val-de-Marne**  
**DRHM – Bureau 272bis**  
**70 avenue du Général de Gaulle**  
**94011 CRETEIL Cedex**