

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE
Aux fonctions d'enseignement**

NOM DE FAMILLE :

Prénom : Sexe : F M

Date et lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

.....

Élève professeur stagiaire, discipline :

Je soussigné,

Médecin agréé de l'Education Nationale, certifie que M.,

Mme

est apte aux fonctions d'enseignement.

(décret n° 86-442 du 14 mars 1986, titre II article 20, notamment son article 20, relatif aux médecins agréés et aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics, ainsi que l'arrêté du 09 septembre 2004 fixant les conditions d'admission des élèves par concours aux écoles normales supérieures).

Fait à le

Signature et cachet du Médecin agréé :

A retourner complétée et signée par le médecin à :
accompagnée d'un RIB

**ENS de LYON
SPST**

Site Monod 46 Allée d'Italie – BP 7000
69342 LYON cedex 07

Le certificat médical établi doit être adressé à

ENS de LYON
Service Scolarité
15 Parvis René Descartes – BP 7000
69352 Lyon cedex 07

CADRE RÉSERVÉ	
Code Service	ENSLYON
Service	SPST/A50
Exercice :	
N° EJ	

N'INSCRIRE AUCUN ELEMENT MEDICAL SUR CE DOCUMENT (à remplir par le médecin agréé, en aucun cas par un remplaçant)

Je soussigné, Docteur (Nom, Prénom)

N° SIRET (à 14 chiffres) :

médecin généraliste agréé, demande le règlement de la somme de **25,00 euros** (vingt-cinq euros) représentant le montant de mes honoraires pour l'examen de la personne désignée ci-dessous, à verser sur mon compte :

IBAN BIC / swift

OU

Code banque : Code guichet : N° de compte Clé :

Domiciliation :

Agence :

Timbre du praticien

fait à le
signature

RENSEIGNEMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

Nom de la personne examinée : Nom de jeune fille :

Prénom :

► *cocher les cases correspondantes :*

Enseignant (matière) : Non enseignant (Grade) : apprenti :

Public Privé Supérieur

Etablissement d'affectation : ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE DE LYON

Code postal établissement : 69007

Commune établissement : LYON

màj 28/06/2017