



CERTIFICAT D'APTITUDE A L'EXERCICE D'UN EMPLOI PUBLIC

À retourner au Rectorat de La Réunion – DPEP

Réf : Code général de la Fonction publique

Circulaire du ministère de la fonction publique en application du décret n°2011-774 du 28 juin 2011 portant modification du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Liste des médecins agréés :

<https://www.lareunion.ars.sante.fr/index.php/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-4>

Je soussigné(e), Dr

Médecin agréé auprès des administrations, certifie avoir examiné :

Madame, monsieur

Sollicitant une réintégration dans son emploi d'enseignant à l'issue d'une disponibilité

Certifie que

- l'intéressé(e) est apte à reprendre ses fonctions d'enseignant (1) ;

- l'intéressé(e) n'est pas apte à l'exercice des fonctions d'enseignant (1) ;

- je conclus à l'opportunité d'un examen complémentaire auprès d'un médecin spécialiste agréé(e) dont les précisions utiles (notamment la spécialité du médecin) sont transmises sous pli confidentiel au médecin conseiller technique du recteur(1).

(1) rayer les mentions inutiles

Fait à , le

Signature et cachet du praticien

Attention : ce certificat simple est à remettre à l'agent pour transmission au service gestionnaire.

Tout courrier complémentaire faisant mention de la situation médicale particulière de l'agent, doit être envoyé sous pli confidentiel cacheté à l'attention du Médecin Conseiller Technique du Recteur.

Rectorat de La Réunion – DPEP
24 Avenue Georges Brassens – CS 71003
97 443 Saint-Denis Cedex 9

Mentions légales : les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif. Le destinataire des données est votre service gestionnaire. Conformément à la loi 2018-493 du 20 juin 2018 dite « loi informatique et libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant par courrier au Rectorat – **service DPEP**, 24 avenue Georges Brassens, CS 71003, 97743 Saint-Denis Cedex 9 ou par mail : dpep.secretariat@ac-reunion.fr. Néanmoins, vous ne bénéficiez pas du droit d'opposition. En effet, s'agissant du traitement des données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de créations des systèmes d'information des dispositions de la loi de 1978.



FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES
POUR EXAMENS MÉDICAUX PRÉVUS PAR LE DÉCRET n° 86-442 du 14/03/1986

ANNEXE 4 volet 2

MOTIF DE LA CONSULTATION : VISITE DE RÉINTÉGRATION SUITE DISPONIBILITÉ

PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION	Service gestionnaire auquel le présent imprimé doit être retourné : RECTORAT - 24, avenue Georges Brassens – CS 71003 - 97743 Saint Denis Cedex 9 Cocher la case correspondante : ☐ DPES ☒ DPEP ☐ DPATE ☐ DES ☐ DIFOR				
	Identité du fonctionnaire : Grade : ☐ Personnel enseignant privé ☒ Personnel ens. public ☐ Personnel non enseignant public CF : 0139-REUN-RECT 0214-REUN-RECT 0214-REUN-RECT DF : 0139-12 0214-06-03 0214-06-04 ACT : 013900FOHM01 021404EX0301 021404EX0302				
PARTIE A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	Identification du praticien Lieu d'exercice médical (cachet et signature)				
	Désignation des actes				
	Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant la nomenclature	Montant des Honoraires	Frais de déplacement (le cas échéant)	Total
	<i>Païement des actes : sera effectué par l'administration à partir de la présente fiche. En aucun cas le patient ne devra régler la consultation. Pour le montant des honoraires, il est fait application des tarifs conventionnels de la sécurité sociale.</i>				
	Compte bancaire et SIRET du praticien (à renseigner obligatoirement) :				
	code étab.	Code guichet	n° compte	Clé rib	domiciliation
	IBAN				
	Joindre un RIB original impérativement lors d'une première facturation et en cas de changement de domiciliation bancaire				
SIRET					
Mention obligatoire pour paiement, à défaut numéro INSEE si praticien non libéral exclusivement					
Certifié sincère et véritable, le présent état est arrêté à la somme de :					
PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION	Réservé au service gestionnaire (à signer et compléter avant de transmettre à la DFP1)		Réservé à la DFP1		
	Date d'arrivée :		Centre de profit : RECCHOR974		
	Vu et vérifié - Certifie le service fait le		Centre de coût: REC.....974		
	Cachet et signature :		N° EJ : N° DP :		

FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES
POUR EXAMENS MÉDICAUX PRÉVUS PAR LE DÉCRET n° 86-442 du 14/03/1986

ANNEXE 4 volet 2B

MOTIF DE LA CONSULTATION : VISITE DE RÉINTÉGRATION SUITE DISPONIBILITÉ

PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION	Service gestionnaire auquel le présent imprimé doit être retourné : RECTORAT - 24, avenue Georges Brassens – CS 71003 - 97743 Saint Denis Cedex 9				
	Cocher la case correspondante : ☐ DPES ☒ DPEP ☐ DPATE ☐ DES ☐ DIFOR				
PARTIE À REMPLIR PAR LE PRATICIEN	Identité du fonctionnaire : ☒ Personnel enseignant privé ☐ Personnel ens. public ☐ Personnel non enseignant public		Grade :		
	CF : 0139-REUN-RECT	0214-REUN-RECT	0214-REUN-RECT		
	DF : 0139-12	0214-06-03	0214-06-04		
	ACT : 013900FOHM01	021404EX0301	021404EX0302		
PARTIE À REMPLIR PAR LE PRATICIEN	Identification du praticien Lieu d'exercice médical (cachet et signature)				
	Désignation des actes				
	Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant la nomenclature	Montant des Honoraires	Frais de déplacement (le cas échéant)	Total
	<i> Paiement des actes : sera effectué par l'administration à partir de la présente fiche. En aucun cas le patient ne devra régler la consultation. Pour le montant des honoraires, il est fait application des tarifs conventionnels de la sécurité sociale. </i>				
	Compte bancaire et SIRET du praticien (à renseigner obligatoirement) :				
	code étab.	Code guichet	n° compte	Clé rib	domiciliation
	IBAN 				
	Joindre un RIB original impérativement lors d'une première facturation et en cas de changement de domiciliation bancaire SIRET 				
Mention obligatoire pour paiement, à défaut numéro INSEE si praticien non libéral exclusivement Certifié sincère et véritable, le présent état est arrêté à la somme de :					
PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION	Réservé au service gestionnaire (à signer et compléter avant de transmettre à la DFP1)			Réservé à la DFP1	
	Date d'arrivée :			Centre de profit : RECCHOR974	
	Vu et vérifié - Certifie le service fait le			Centre de coût: REC.....974 N° EJ : N° DP :	
	Cachet et signature :				