



**ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Bouches-du-Rhône

Division des Personnels Enseignants
Bureau de la gestion individuelle et financière
des enseignants du 1^{er} degré - DPE1

Affaire suivie par :
Le chef de bureau
Françoise TAVERNIER
Tél : 04 91 99 67 31
Mél : ce.dpe13-chef1@ac-aix-marseille.fr

28-34 boulevard
Charles Nédelec
13231 Marseille
Cedex 1

Marseille, le 30 juin 2021

Le Directeur académique
des services de l'éducation nationale
Directeur des services départementaux
de l'éducation nationale
des Bouches-du-Rhône

à

Mesdames et messieurs les Professeurs des
Ecoles stagiaires, contractuel ou devant
reprendre l'activité à l'issue d'une disponibilité
de plus d'un an.

Objet : Visite médicale de pré-embauche ou de reprise d'activité pour les enseignants du 1^{er} degré.

La passation d'une visite médicale est une obligation pour les professeurs stagiaires et contractuels (visite médicale de pré-embauche) ainsi que pour les agents en reprise d'activité ayant plus d'une année d'arrêt d'activité (visite de reprise d'activité).

I - Passation de la visite médicale.

Vous devez passer une visite médicale de pré-embauche ou de reprise d'activité. Il vous appartient de vous munir des documents énumérés ci-dessous :

- de votre carnet de vaccinations,
- d'une éventuelle radiographie pulmonaire de moins de 6 mois,
- de toutes pièces médicales en votre possession, dans le cas d'un dossier médical particulier

Vous pouvez prendre rendez-vous et passer la visite médicale avant le 15 aout 2021 ou 15 jours avant la reprise d'activité auprès d'un médecin généraliste agréé dont vous trouverez la liste indicative sur lien internet suivant :

<https://www.paca.ars.sante.fr/listes-des-medecins-agrees-en-region-paca>

Si le médecin souhaite effectuer lui-même la démarche de remboursement, celui-ci devra remettre une copie du certificat d'aptitude à l'intéressé(e) et renvoyer au bureau DPE1 l'imprimé original (**signature et cachet original**) des honoraires avec l'original du certificat d'aptitude médical et un R.I.B agrafé. **Ne pas payer directement le médecin car l'administration ne pourra vous rembourser.**

II – Procédure de remboursement.

Vous devrez renvoyer immédiatement dès la visite médicale passée, au service DPE1 à l'adresse indiquée à gauche de ce document : **Le certificat d'aptitude** (modèle joint), **l'original** de l'imprimé des honoraires médicaux obligatoires (joint)

Pour le directeur académique
Le Secrétaire général
Vincent LASSALLE

CERTIFICAT D'APTITUDE
Professeurs des écoles - Concours PE Stagiaires ou contractuels
Année 2021/2022

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS DU MEDECIN AGREE

Nom du médecin :

Adresse :

Le médecin soussigné conclut, après l'avoir examiné(e) que Mme M. :

Nom :

Prénom :

- N'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions de professeur des écoles (cf. Décret N° 86-442 du 14 mars 1986 – art 20)
- Nécessite un (des) examen(s) complémentaire(s) par un médecin spécialiste agréé en :

-
-
-

Fait à :, le

(Signature et cachet du médecin agréé)

HONORAIRES MEDICAUX OBLIGATOIRES

VISITE D'EMBAUCHE

NOM AGENT : **PRENOM** :
ETABLISSEMENT : **DATE DE NAISSANCE** :

Rayer la mention inutile : Enseignement public - Enseignement privé - Concours PE - Intervenant langue étrangère

CREANCIER :
NOM ou SOCIETE : **PRENOM** :

ADRESSE :
.....
.....
.....

En cas de premier paiement ou de changement de compte bancaire, agraffer un RIB ORIGINAL AVEC NUMERO IBAN, NOM ET ADRESSE IDENTIQUE A CELLE FIGURANT CI-DESSUS (ou sur votre tampon).

INDIQUEZ N° SIRET (si première facturation auprès de nos services) :

..... (Numéro à 14 chiffres, Siret correspondant à l'adresse du créancier)

ACTE MEDICAL :

DATE de l'examen : **COTATION (obligatoire)** :
(Conforme à l'arrêté du 3 juillet 2007)

MONTANT : euros

Examen complémentaire demandé : Oui / Non (rayer la mention inutile) Nature :

Tampon original et signature originale du praticien (obligatoire pour le paiement, utilisez un stylo bleu pour la signature)

Demande de visite médicale par le DASEN :
(Tampon et signature DPE, utiliser un stylo bleu pour la signature)

Formulaire à retourner en 1 exemplaire original à :

**Direction académique des services de l'éducation nationale
Division du personnel 1er degré
28-34 Bd Charles Nèdelec.
13231 MARSEILLE Cedex 1**

DPE1 / DPE
Tél : 04 91 99 67 31
Mél : ce.dpe13-chef1@ac-aix-marseille.fr
28-34 Bd Charles Nèdelec
13621 Marseille Cedex 1

HONORAIRES MEDICAUX OBLIGATOIRES

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

NOM AGENT : **PRENOM :**

ETABLISSEMENT : **DATE DE NAISSANCE :**

Rayer la mention inutile : Enseignement public - Enseignement privé Concours PE - Stagiaire M2 - Stagiaire C2

CREANCIER :
NOM ou SOCIETE : **PRENOM :**

ADRESSE :
.....
.....
.....

En cas de premier paiement ou de changement de compte bancaire agraffer un RIB ORIGINAL AVEC NUMERO IBAN, NOM ET ADRESSE IDENTIQUE A CELLE FIGURANT CI-DESSUS (ou sur votre tampon).

INDIQUEZ VOTRE N° SIRET (*si première facturation auprès de nos services*) :
..... (Numéro à 14 chiffres, Siret correspondant à l'adresse du créancier)

ACTE MEDICAL :
DATE de l'examen : **COTATION (obligatoire) :**
MONTANT : Euros

Examen complémentaire demandé : Oui / Non (*rayer la mention inutile*) Nature :

Tampon original et signature originale du praticien (*obligatoire pour le paiement – signature stylo bleu recommandé*)

Demande de visite médicale par le DASEN :
(*Tampon et signature DPE*)

Formulaire à retourner en 1 exemplaire original à :
Direction académique des services de l'éducation nationale
Division des personnels 1^{er} degré
28-34 Bd Charles Nedelec.
13231 MARSEILLE Cedex 1

DPE1 / DPE
Tél : 04 91 99 67 31
Mél : ce.dpe13-chef1@ac-aix-marseille.fr
28-34 Bd Charles Nedelec
13621 Marseille Cedex 1