



Division des personnels

Bureau de la gestion
individuelle et financière
des enseignants du 1^{er} degré
DPE1
Le chef de bureau

Dossier suivi par
Pascal LECLERCO

Téléphone
04 91 99 67 31
Fax
04 91 99 67 81

Mél.
ce.dp1a13@ac-aix-marseille.fr

28-34 boulevard
Charles Nédelec
13231 Marseille
cedex 1

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

à

Mesdames et messieurs

Marseille, le 11 mai 2015

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

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

- de prendre impérativement rendez vous chez un médecin généraliste agréé dont vous trouverez la liste indicative sur lien internet suivant :
<http://www.ars.paca.sante.fr/Liste-des-medecins-agrees.136336.0.html>
- de passer cette visite médicale avant le 15 août 2015 ou 15 jours avant la date de la reprise d'activité,
- de renvoyer immédiatement dès la visite médicale passée :
 - le certificat d'aptitude (modèle joint).
 - **L'original** de l'imprimé des honoraires médicaux obligatoires (joint)

à la

**DIRECTION ACADEMIQUE DES BOUCHES DU RHONE
BUREAU DPE1
28 Boulevard Charles NEDELEC
13231 MARSEILLE CEDEX 01**

Nb : si le Médecin agréé 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 des honoraires avec l'original du certificat d'aptitude médical.

Pour cette visite, vous devez impérativement vous munir :

- D'une radiographie pulmonaire si elle date de moins de 6 mois,
- De votre carnet de vaccinations
- De toutes pièces médicales en votre possession, dans le cas d'un dossier médical particulier.

Pour le directeur académique,
Le chef de la division des personnels

Signé
Chantal COLONNA



CERTIFICAT D'APTITUDE
Professeur des écoles - Concours PE Stagiaire
Année 2015/2016

OBSERVATIONS ET CONCLUSION 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 - Stagiaire M2 - Stagiaire C2

CREANCIER :

NOM ou SOCIETE :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

.....

.....

En cas de premier paiement ou de changement de compte bancaire, joindre un **ORIGINAL** de votre RIB 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) :

(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 DP, 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 Nedelec.

13231 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, joindre un **ORIGINAL** de votre RIB 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 DP*)

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