Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

académie
Aix-Marseille

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

Division des personnels

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

Dossier suivi par
Pascal LECLERCQ

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

Mél.
ce.dp13-chef1@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 les Professeurs des
Ecoles stagiaires, contractuel ou devant reprendre
l'activité à l'issue d'une disponibilité de plus d'un an.

Marseille, le 07 mai 2018

Objet : Visite médicale de pré-embauche ou de reprise d'activité pour les enseignants du 1er 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 passez la visite médicale avant le 15 aout 2018 ou 15 jours avant la reprise d'activité auprès d'un médecin généraliste agrée 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 car l'administration ne pourra vous rembourser.**

II – **Procédure de remboursement**.
Vous devrez renvoyer immédiatement dès la visite médicale passée Au service DPE1 et 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

Signé Vincent LASSALLE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

académie
Aix-Marseille

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

CERTIFICAT D'APTITUDE
Professeur des écoles - Concours PE Stagiaire ou contractuel
Année 2018/2019

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 agrée en :

-

-

-

Fait à : ……..……..., le ……..

(Signature et cachet du médecin agrée)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

académie
Aix-Marseille

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

HONORAIRES MEDICAUX OBLIGATOIRES

VISITE D'EMBAUCHE
PROFESSEUR DES ECOLES

Nom et prénom de l'agent :	❑ Enseignant public
Date de naissance :	❑ Concours PE
Etablissement :	❑ Stagiaire M2
.....	❑ Stagiaire C2

Nom et prénom du créancier : .....

Adresse : .....

.....

.....

Numéro de SIRET : ..... (numéro à 14 chiffres)

Joindre un RIB original avec BIC, IBAN et adresse identique au tampon.

DATE DE L'EXAMEN MEDICAL : .....

COTATION Article 3 de l'arrêté du 03.07.2007 fixant la rémunération des médecins agréés.	**G**	**25,00 euros**

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

Tampon et signature originale du praticien : (obligatoire pour le paiement)	**Visa de la division des personnels enseignants 1er degré** Nom, prénom :	**Attestation de service fait :** **Le secrétaire général,** **Vincent LASSALLE**

Formulaire à retourner en 1 exemplaire : **DSDEN13**
Division des personnels enseignants 1er degré (DPE1)
28-34 Boulevard Charles Nédelec
13231 MARSEILLE cedex 1

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

académie
Aix-Marseille

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

HONORAIRES MEDICAUX OBLIGATOIRES

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE
PROFESSEUR DES ECOLES

Nom et prénom de l'agent : ..... **Date de naissance :** ..... **Etablissement :**	❑ Enseignant public ❑ Concours PE ❑ Stagiaire M2 ❑ Stagiaire C2

Nom et prénom du créancier : .....
Adresse : .....
.....
.....
Numéro de SIRET : ..... (numéro à 14 chiffres)
Joindre un RIB original avec BIC, IBAN et adresse identique au tampon.

DATE DE L'EXAMEN MEDICAL : .....

COTATION (obligatoire) : ..... **MONTANT :** .....

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

Tampon et signature originale du praticien : (obligatoire pour le paiement)	**Visa de la division des personnels enseignants 1er degré** Nom, prénom :	**Attestation de service fait :** **Le secrétaire général,** **Vincent LASSALLE**

Formulaire à retourner en 1 exemplaire : **DSDEN13**
Division des personnels enseignants 1er degré (DPE1)
28-34 Boulevard Charles Nédelec
13231 MARSEILLE cedex 1