



Division des personnels

Bureau de la gestion  
individuelle et financière  
des enseignants du 1<sup>er</sup> 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 les Professeurs des  
Ecoles, stagiaires ou devant reprendre l'activité à  
l'issue d'une disponibilité de plus d'un an.

Marseille, le 1<sup>er</sup> juin 2016

**Objet :** Visite médicale de pré-embauche ou de reprise d'activité pour les enseignants du 1<sup>er</sup> degré.

La passation d'une visite médicale est une obligation pour les professeurs stagiaire (visite médicale de pré-embauche) et 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 muni 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 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>

Vous devez passer cette visite médicale avant le 15 août 2016 ou 15 jours avant la date de la reprise d'activité.

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 (signature et cachet original) des honoraires avec l'original du certificat d'aptitude médical. Ne pas payer directement car l'administration ne pourra vous rembourser.

II – Procédure de remboursement.

Vous devez 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**

Le directeur académique

signé

Luc Launay

**CERTIFICAT D'APTITUDE**  
**Professeur des écoles - Concours PE Stagiaire**  
**Année 2016/2017**

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 - Intervenant langue étrangère*

**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<sup>er</sup> degré

28-34 Bd Charles Nedelec.

13231 MARSEILLE Cedex 1