RÉGION ACADÉMIQUE
LA RÉUNION
Liberté
Égalité
Fraternité

Division des Personnels
Enseignants du Premier degré

ANNEXE 4 volet 1

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

A 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 plis 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.*

RÉGION ACADÉMIQUE
LA RÉUNION

Liberté
Égalité
Fraternité

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

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.

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 : ……

RÉGION ACADÉMIQUE
LA RÉUNION

Liberté
Égalité
Fraternité

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 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

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.

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 : ……