



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

**À 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 pli 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](mailto: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.



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                                                                     | <p>Service gestionnaire auquel le présent imprimé doit être retourné :<br/><b>RECTORAT - 24, avenue Georges Brassens – CS 71003 - 97743 Saint Denis Cedex 9</b></p> <p>Cocher la case correspondante :</p> <p><input type="checkbox"/> DPES      <input checked="" type="checkbox"/> DPEP      <input type="checkbox"/> DPATE      <input type="checkbox"/> DES      <input type="checkbox"/> DIFOR</p>                              |                                                      |                                |                                              |                      |
|                                                                                                        | <p><b>Identité du fonctionnaire :</b>      <b>Grade :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Personnel enseignant privé      <input checked="" type="checkbox"/> Personnel ens. public      <input type="checkbox"/> Personnel non enseignant public</p> <p>CF : 0139-REUN-RECT      0214-REUN-RECT      0214-REUN-RECT<br/>DF : 0139-12      0214-06-03      0214-06-04<br/>ACT : 013900FOHM01      021404EX0301      021404EX0302</p> |                                                      |                                |                                              |                      |
| PARTIE A REMPLIR PAR LE PRATICIEN                                                                      | <p><b>Identification du praticien</b><br/><b>Lieu d'exercice médical</b><br/>(cachet et signature)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                      |                                |                                              |                      |
|                                                                                                        | <p><b>Désignation des actes</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                      |                                |                                              |                      |
|                                                                                                        | <b>Date des actes médicaux</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Désignation des actes suivant la nomenclature</b> | <b>Montant des Honoraires</b>  | <b>Frais de déplacement (le cas échéant)</b> | <b>Total</b>         |
|                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                |                                              |                      |
|                                                                                                        | <p><i>Païement 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.</i></p>                                                                                                                                                              |                                                      |                                |                                              |                      |
|                                                                                                        | <p><b>Compte bancaire et SIRET du praticien (à renseigner obligatoirement) :</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      |                                |                                              |                      |
|                                                                                                        | <b>code étab.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Code guichet</b>                                  | <b>n° compte</b>               | <b>Clé rib</b>                               | <b>domiciliation</b> |
|                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                |                                              |                      |
|                                                                                                        | <p><b>IBAN</b></p> <p> </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                      |                                |                                              |                      |
|                                                                                                        | <p>Joindre un RIB original impérativement lors d'une première facturation et en cas de changement de domiciliation bancaire</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                |                                              |                      |
| <p><b>SIRET</b></p> <p> </p>                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                |                                              |                      |
| <p>Mention obligatoire pour paiement, à défaut numéro INSEE si praticien non libéral exclusivement</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                |                                              |                      |
| <p>Certifié sincère et véritable, le présent état est arrêté à la somme de : .....</p> <p>.....</p>    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                                |                                              |                      |
| PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION                                                                     | <b>Réservé au service gestionnaire (à signer et compléter avant de transmettre à la DFP1)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      | <b>Réservé à la DFP1</b>       |                                              |                      |
|                                                                                                        | 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 : .....<br>N° DP : ..... |                                              |                      |

**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

|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      |                               |                                              |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|----------------------|
| <b>PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION</b>                                                                                                                                                          | <b>Service gestionnaire auquel le présent imprimé doit être retourné :</b><br><b>RECTORAT - 24, avenue Georges Brassens – CS 71003 - 97743 Saint Denis Cedex 9</b>                                                                                                |                                                      |                               |                                              |                      |
|                                                                                                                                                                                                    | <b>Cocher la case correspondante :</b><br><input type="checkbox"/> DPES <input checked="" type="checkbox"/> DPEP <input type="checkbox"/> DPATE <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> DIFOR                                                       |                                                      |                               |                                              |                      |
| <b>PARTIE À REMPLIR PAR LE PRATICIEN</b>                                                                                                                                                           | <b>Identité du fonctionnaire :</b><br><input checked="" type="checkbox"/> <b>Personnel enseignant privé</b> <input type="checkbox"/> <b>Personnel ens. public</b> <input type="checkbox"/> <b>Personnel non enseignant public</b>                                 |                                                      | <b>Grade :</b>                |                                              |                      |
|                                                                                                                                                                                                    | CF : 0139-REUN-RECT                                                                                                                                                                                                                                               | 0214-REUN-RECT                                       | 0214-REUN-RECT                |                                              |                      |
|                                                                                                                                                                                                    | DF : 0139-12                                                                                                                                                                                                                                                      | 0214-06-03                                           | 0214-06-04                    |                                              |                      |
|                                                                                                                                                                                                    | ACT : 013900FOHM01                                                                                                                                                                                                                                                | 021404EX0301                                         | 021404EX0302                  |                                              |                      |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      |                               |                                              |                      |
| <b>PARTIE À REMPLIR PAR LE PRATICIEN</b>                                                                                                                                                           | <b>Identification du praticien</b><br><b>Lieu d'exercice médical</b><br>(cachet et signature)                                                                                                                                                                     |                                                      |                               |                                              |                      |
|                                                                                                                                                                                                    | <b>Désignation des actes</b>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      |                               |                                              |                      |
|                                                                                                                                                                                                    | <b>Date des actes médicaux</b>                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Désignation des actes suivant la nomenclature</b> | <b>Montant des Honoraires</b> | <b>Frais de déplacement (le cas échéant)</b> | <b>Total</b>         |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      |                               |                                              |                      |
|                                                                                                                                                                                                    | <i>Paieement 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.</i> |                                                      |                               |                                              |                      |
|                                                                                                                                                                                                    | <b>Compte bancaire et SIRET du praticien (à renseigner obligatoirement) :</b>                                                                                                                                                                                     |                                                      |                               |                                              |                      |
|                                                                                                                                                                                                    | <b>code étab.</b>                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Code guichet</b>                                  | <b>n° compte</b>              | <b>Clé rib</b>                               | <b>domiciliation</b> |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      |                               |                                              |                      |
|                                                                                                                                                                                                    | <b>IBAN</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                            |                                                      |                               |                                              |                      |
|                                                                                                                                                                                                    | Joindre un RIB original impérativement lors d'une première facturation et en cas de changement de domiciliation bancaire<br><b>SIRET</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>                                               |                                                      |                               |                                              |                      |
| <b>Mention obligatoire pour paiement, à défaut numéro INSEE si praticien non libéral exclusivement</b><br>Certifié sincère et véritable, le présent état est arrêté à la somme de : .....<br>..... |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      |                               |                                              |                      |
| <b>PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION</b>                                                                                                                                                          | <b>Réservé au service gestionnaire (à signer et compléter avant de transmettre à la DFP1)</b>                                                                                                                                                                     |                                                      |                               | <b>Réservé à la DFP1</b>                     |                      |
|                                                                                                                                                                                                    | 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 : .....<br>N° DP : .....               |                      |