

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.

Marseille, le 15 mai 2019

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 1<sup>er</sup> degré  
DPE1

Le chef de bureau

Dossier suivi par  
Françoise TAVERNIER

Téléphone  
04 91 99 67 31  
Fax  
04 91 99 66 75

Mél.  
ce.dpe13-chef1@ac-aix-  
marseille.fr

28-34 boulevard  
Charles Nédelec  
13231 Marseille  
cedex 1

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

Les professeurs stagiaires et contractuels (visite médicale de pré-embauche) ainsi que les agents en reprise d'activité après une année d'arrêt d'activité (visite de reprise d'activité) ont l'obligation de se présenter à une visite médicale.

#### 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 passer la visite médicale avant le 15 aout 2019 ou 15 jours avant la reprise d'activité auprès d'un médecin généraliste agréé 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 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

  
Vincent LASSALLE



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

académie  
Aix-Marseille



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

**CERTIFICAT D'APTITUDE**  
**Professeurs des écoles - Concours PE Stagiaires ou contractuels**  
**Année 2019/2020**

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS 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)



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

## HONORAIRES MEDICAUX OBLIGATOIRES



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

### 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**, agraffer un **RIB ORIGINAL AVEC NUMERO IBAN, NOM ET ADRESSE IDENTIQUE A CELLE FIGURANT CI-DESSUS** (ou sur votre tampon).

**INDIQUEZ 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, utiliser un stylo bleu pour la signature*)

**Demande de visite médicale par le DASEN** :  
(*Tampon et signature DPE, 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



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



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

## 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** agraffer un **RIB ORIGINAL** 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 DPE*)

**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