



ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE
45 rue d'Ulm - 75005 Paris
Service des ressources humaines
Tél 01 44 32 29 31

Formulaire RH – 6f

Août 2015

Contrôle Médical d'Aptitude

Réf : Décret n° 86-442 du 14 mars 1986

Afin de constituer votre dossier administratif, vous devez procéder au contrôle médical d'aptitude prévu par le décret susvisé. Ce contrôle doit être effectué par un médecin agréé avec lequel vous devez prendre rendez-vous sans délai.

Ses honoraires sont pris en charge par l'administration.

L'accomplissement de cette formalité conditionne, en effet, votre :

- ☐ **Recrutement en qualité de contractuel**
- ☐ **Recrutement en qualité de fonctionnaire (stagiaire ou titulaire)**
- ☐ **Réintégration**
- ☐ **Prolongation d'activité**

Le Rectorat de Paris s'est attaché de façon privilégiée les services des médecins agréés, dont les coordonnées sont les suivantes :

Dr Jean Gilles LORIA	83, Bd de la Villette – 75010 PARIS Tel : 01. 40. 40. 98. 10
Dr François-Xavier CALLIES	14, rue Soufflot – 75005 PARIS Tel. secrétariat : 01 46 11 11 90 Tél. : 01. 43. 29. 20. 90
Dr Laurent VABRE	7, rue Lhomond – 75005 PARIS Tel : 01. 45. 35. 11. 32

Vous trouverez ci-joint les attestations 1 et 2 qui seront complétées et signées par le praticien.

Le service des ressources humaines

PJ :

- Attestation de contrôle 1
- Attestation de contrôle 2

ATTESTATION DE CONTROLE MEDICAL (1)

Aucune photocopie ne sera acceptée
Le nom et le prénom du patient doivent figurer en toutes lettres

Note à l'attention des médecins agréés
chargés de se prononcer sur l'aptitude physique des agents de l'Etat.

Je vous demande de bien vouloir :

- Vous prononcer sur l'aptitude physique de l'intéressé(e) à occuper un emploi public
- Compléter les 2 attestations (1) et (2)
- Remettre l'attestation 2 de contrôle médical à l'agent
- Adresser l'attestation 1 (remboursement des honoraires), accompagnée d'un **relevé d'identité bancaire** à :

**Ecole normale supérieure
Service des ressources humaines
45, rue d'Ulm
75005 PARIS**

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES HONORAIRES

Je soussigné (e) Docteur _____

Certifie avoir procédé à l'examen de M. _____

Grade ou emploi _____

Date de la visite : _____ montant des honoraires : _____

TIMBRE DU PRATICIEN

MODE DE REGLEMENT DES HONORAIRES
(relevé d'identité bancaire)

NB : - Tout imprimé rempli incomplètement sera retourné à l'envoyeur
- Aucune photocopie ne sera acceptée
- Le nom et le prénom du patient devront figurer en lettres capitales (rejet des écritures illisibles)
- La production d'un RIB ou RIP du praticien est obligatoire

Document à transmettre à : ENS, Service des ressources humaines, 45, rue d'Ulm, 75005 Paris

ATTESTATION DE CONTROLE MEDICAL (2)

**Certificat établi à la demande de l'administration en vue de l'admission à un
emploi public
(décret n° 86-442 du 14 mars 1986)**

Je soussigné (e) Docteur _____

Certifie avoir procédé à l'examen de M _____

Grade ou emploi _____

En vue de son :

- ☐ **Recrutement en qualité de contractuel**
- ☐ **Recrutement en qualité de fonctionnaire (stagiaire ou titulaire)**
- ☐ **Réintégration**

☐ Avoir constaté qu'il ou qu'elle n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice des fonctions postulées

☐ Avoir conclu à l'opportunité d'un examen complémentaire

A _____ Le _____

TIMBRE DU PRATICIEN

**Document à transmettre à l'agent
qui le remettra au service des ressources humaines de l'ENS**