



# ACADÉMIE DE CORSE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Ajaccio, le 10 mai 2021

La Rectrice de la région académique de Corse  
Rectrice de l'Académie de Corse  
Chancelière des Universités

DPE

Division du  
Personnel  
Enseignant

Affaire suivie par :  
Sandrine CALISTRI

Téléphone :  
04 95 50 33 25

Mail :  
Sandrine.calistri@ac  
-corse.fr

Bd Pascal Rossini  
BP 808  
20192 Ajaccio  
Cedex 4

**Objet :** visite médicale d'aptitude à la fonction enseignante

Docteur,

Dans le cadre du recrutement des **travailleurs handicapés** dans la fonction publique  
(Décret. 95-979 du 28 mai 1995)

Vous recevez en visite médicale d'aptitude à la fonction enseignante,  
M.....  
qui vous a remis cette lettre et une fiche médicale d'aptitude à compléter.

*A la fin de votre visite, vous voudrez bien :*

- ↳ remettre à l'intéressé(e) la fiche médicale renseignée ;
- ↳ Nous adresser, en vue de votre rémunération, les pièces suivantes (les honoraires résultants de cette visite d'aptitude étant à la charge du budget du Rectorat) :
  - votre note d'honoraires faisant apparaître le **montant TTC et de la TVA** ainsi que la mention – « visite médicale d'aptitude » ;
  - votre numéro de SIRET (si vous ne l'avez pas déjà fourni) ;
  - un RIB à votre nom, qui devra **obligatoirement** comprendre votre IBAN et votre adresse.

Julie BENETTI

Pour la Rectrice et par délégation,  
la Secrétaire Générale

  
Blandine BRIOUDE



# ACADÉMIE DE CORSE

Liberté  
Égalité  
Fraternité

## CONTROLE DE L'APTITUDE PHYSIQUE DES PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE

### Agent en situation de handicap

*Décret 86-83 du 17 janvier 1986*

*Décret 86-442 du 14 mars 1986*

*Décret 95-979 du 25 août 1995*

### FONCTION POSTULEE (à remplir par l'intéressé(e))

Nom-Prénom : .....

Etablissement d'affectation :

● Professeur de lycée et collège : agrégé en .....  
certifié en .....  
professeur d'EPS .....

● Conseiller principal d'éducation

● PsyEn

● PLP en : .....

### CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin agréé)

Je soussigné(e), Docteur ....., médecin généraliste agréé,  
déclare avoir examiné ce jour M.....  
né(e) le.....

Et (cochez la case correspondante) :

Certifie que les maladies ou handicaps constatés ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées (\*)

Certifie qu'un examen complémentaire est nécessaire. (\*\*)

(\*) - Je joins un courrier confidentiel à l'attention du médecin conseiller du recteur pour lui transmettre des observations particulières comme un taux d'invalidité préexistant ou des aménagements de poste à prévoir...

(\*\*) - Je joins un courrier confidentiel à l'attention du médecin conseiller du recteur pour demander une consultation auprès d'un médecin spécialiste agréé.

Fait à ..... le .....

Signature et timbre

**Certificat à retourner par l'intéressé(e) avant le 15 septembre 2021 à**

Division des personnels enseignants

Académie de Corse, bld Pascal Rossini BP808 - 20192 Ajaccio CEDEX 4