

DEMANDE DE RÉINTÉGRATION

Le fonctionnaire mis en disponibilité sur sa demande doit solliciter sa réintégration trois mois au moins avant l'expiration de la période de disponibilité en cours.

La réintégration est subordonnée à la vérification, par un médecin agréé et éventuellement par le conseil médical, de l'aptitude physique à l'exercice des fonctions afférentes au grade du fonctionnaire.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :
.....
.....

Téléphone :

Adresse mail de contact :

Situation professionnelle antérieure :

Affectation :

Circonscription : ☐ ASH ☐ Brioude ☐ Haut Velay ☐ Le Puy ☐ Monistrol ☐ Yssingeaux

Fonction : ☐ directeur ☐ adjoint ☐ TS ☐ TR ☐ adjoint spécialisé

Modalité d'affectation : ☐ TPD ☐ PRO

☐ Je demande ma réintégration à la date du/...../.....



Je reprendrai mes fonctions :

☐ à temps plein

☐ à temps partiel (se référer à la circulaire départementale du temps partiel)

☐ Je joins un certificat médical d'aptitude physique à exercer les fonctions, établi par un médecin agréé (voir liste des médecins agréés par l'ARS). Penser à donner à votre médecin le formulaire de demande de remboursement d'honoraires ci-joint.

Fait à

le

Signature de l'intéressé(e)

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE PHYSIQUE À LA REPRISE DES FONCTIONS DE PROFESSEURS DES ÉCOLES SUITE À UNE DISPONIBILITÉ

A retourner à : DSDEN 43, DPE, 7 rue de l'école normale, CS 50349, 43009 Le Puy-en-Velay Cedex
accompagné de la fiche de remboursement d'honoraires.

Je soussigné(e),

Docteur, médecin généraliste agréé,

Certifie avoir examiné ce jour

Madame, monsieur

Et

☐ qu'il/elle n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité

ou

☐ que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de
l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions de professeur des écoles.

ou

☐ avoir conclu à l'opportunité d'un avis médical spécialisé.

CACHET DU MEDECIN GENERALISTE
AGREE

A

Le.....

Signature originale du médecin généraliste
agréé :

IMPORTANT :

« Les médecins agréés appelés à examiner des fonctionnaires ou des candidats aux emplois publics
dont ils sont les médecins traitant sont tenus de se récuser. » (Décret n°86-442 du 14 mars 1986,
article 4)

DEMANDE DE RÉGLEMENT D'HONORAIRES

A retourner à :

DSDEN de la Haute-Loire
7, rue de l'Ecole Normale
BP 80349-Vals
43012 Le Puy-en-Velay

Je soussigné(e),médecin agréé (e),

Qualification : ☐ généraliste ☐ spécialiste ☐ psychiatre

SIRET n°....., demande le règlement de mes honoraires.

S'il s'agit d'une première demande, **merci de joindre un RIB** à votre nom et adresse avec mention de l'IBAN.

Montant :€, codes des actes médicaux:

dont TVA 20 % (pour les expertises)

Si TVA non applicable (article 293 B du CGI) cochez la case ☐

Date de l'examen :

Motif de l'examen :

Renseignements concernant la personne examinée :

NOM et prénom :

Fonctions : Affectation :

Fait à, le

Signature et cachet du praticien

Pour information, montant codifié du règlement

Arrêté interministériel du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n°86-442 du 14 mars 1986

(C + MCG) ou (V + MD) x 2
(Cs + MPC) ou Vs x 2
(Cnpsy + MPC) ou Vnpsy x 2