

CERTIFICAT MEDICAL NON CONFIDENTIEL

Je soussigné(e), docteur _____, certifie que M _____

Corps : _____ né(e) le ___/___/___ à qui je donne habituellement mes soins :

est apte à exercer ses fonctions à Temps Complet (TC) à compter du ___/___/___,

est apte à exercer ses fonctions à Temps Partiel Thérapeutique (TPT) à ___ % à compter du ___/___/___,
pour une durée de 1 mois 2 mois 3 mois

justifie l'octroi ou le renouvellement d'un Congé de Longue Maladie (CLM)

justifie l'octroi ou le renouvellement d'un Congé de Grave Maladie (CGM) **concernant les agents contractuels de plus 3 ans de service**

justifie l'octroi ou le renouvellement d'un Congé de Longue Durée (CLD)

Autres : _____

Date et lieu :

Cachet et signature du médecin :

DOCUMENT A RETOURNER A L'ADRESSE SUIVANTE

**RECTORAT DE PARIS, Site Visalto, 12 bd d'Indochine, CS 40049, 75933 PARIS Cedex 19
à destination du bureau :**

- **DE3** pour les enseignants du premier degré public
- **DPE1** pour les enseignants du second degré public
- **BACA** pour les personnels de l'Assistance Educative (AESH)
- **DEP** pour les enseignants de l'Enseignement Privé
- **BPE** pour les personnels d'Encadrement
- **DPATSS** pour les personnels Administratifs, Techniques, Sociaux, de Santé et de la Jeunesse et des Sports

Concernant les agents de l'Enseignement Supérieur :

RECTORAT DE PARIS - DPSUP - Site Sorbonne, 47 rue des écoles, 75230 Paris Cedex 05

Concernant les agents des établissements supérieurs et autonomes : **Service RH de l'établissement concerné**

Concernant les agents des COM : **Vice-Rectorat de la Collectivité d'Outre-Mer concernée**