

# UBFC

UNIVERSITÉ  
BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

## CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Décret n°86-442 du 14 mars 1986 (Titre II – Article 20)

**Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_,**

**médecin généraliste agréé, certifie avoir examiné ce jour**

**Madame/ Monsieur, \_\_\_\_\_ et**

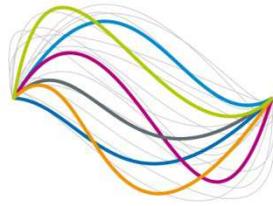
constate qu'il (ou elle) n'est atteint d'aucune maladie, infirmité ou que les infirmités ou maladies constatées et signalées dans le dossier médical de l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées.

ou

constate qu'il (ou elle) est inapte à la fonction postulée.

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Signature originale et cachet du<br>médecin généraliste agréé | A.....<br>Le .....         |
|   | Signature de l'intéressé : |

**IMPORTANT :** "Les médecins agréés appelés à examiner, au titre du présent décret, des fonctionnaires ou des candidats aux emplois publics **dont ils sont les médecins traitants sont tenus de se récuser**" (article 4 du décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié).



**UBFC**

UNIVERSITÉ  
BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

## DEMANDE DE REGLEMENT D'HONORAIRES

Je soussigné(e), .....médecin agréé (e),

SIRET n°.....demande le règlement de mes honoraires.  
(joindre un RIB à votre nom et adresse avec mention de l'IBAN)

Montant : ..... €,

Date de l'examen : .....

Motif de l'examen : .....

de la personne désignée ci-dessous :

NOM et prénom : .....

Grade : .....

Affectation : COMUE UBFC

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du praticien