

FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES

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

Arrêté du 24 septembre 1999

**JOINDRE UN RIB
IMPERATIVEMENT**

NOM, Prénom :

Grade :

Etablissement :

Adresse :

CP : Ville :

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES MEDICAUX

Je soussigné, Docteur.....médecin généraliste
agrégé, demande le règlement de la somme deeuros

A verser :

- à mon compte bancaire n° Agence.....

Joindre un RIB

Représentant le montant de mes honoraires pour le contrôle médical de l'aptitude effectué à la demande de
l'administration, pour la personne désignée ci-dessus.

Fait à..... Le.....

(Signature et cachet du praticien)

IMPORTANT : cette fiche est à retourner par le médecin à :

DSDEN

Service interdépartemental de gestion des personnels du 1^{er} degré privé sous contrat

5 Place Beauchamp

BP 419

70013 VESOUL Cedex

Tel : 03.84.78.63.00