



RÉGION ACADÉMIQUE
BOURGOGNE
FRANCHE-COMTÉ

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES

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

Arrêté du 24 septembre 1999

NOM, prénom :

Rectorat

Grade :

**Division des Personnels
Enseignants**

Etab.-adresse :

DPE

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES MEDICAUX

Je soussigné, Docteurmédecin généraliste agréé, demande le règlement de la somme de euros.

A verser : - à mon CCP N° Centre
- à mon compte bancaire N° Agence

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)

IMPORTANT : Cette fiche est à retourner par le médecin au :

RECTORAT – DAFiL 3
10 rue de la Convention
25030 BESANCON CEDEX