

## CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Service mutualisé  
de l'enseignement privé 1<sup>er</sup> degré  
SMEP-1D

**A conserver par la victime durant toute la période des soins et à présenter auprès de chaque praticien.**

Je soussigné, (nom et qualité) .....

certifie que M/Mme....., né(e) le .....

Fonction/ Grade : .....

Département d'exercice : .....

a été victime d'un accident de service en date du .....

M/Mme .....

Maître contractuel ou agréé de l'enseignement privé, relève du statut général du fonctionnaire concernant les accidents de service, loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant disposition statutaire relevant de la fonction publique d'Etat. Les frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à son accident de service seront pris en charge par son administration.

Les différents praticiens devront adresser leurs factures ou relevés d'honoraires pour paiement, directement au service liquidateur à l'adresse suivante :

**Direction des Services départementaux de l'Education nationale de l'Ardèche  
Service SMEP-1D AM – Accidents de service  
Place André Malraux – BP 627  
07006 PRIVAS CEDEX**

**A noter** : ces factures devront obligatoirement :

- être accompagnées d'un Relevé d'Identité Bancaire,
- faire apparaître le numéro SIRET du praticien (14 chiffres).

Signature de Monsieur le Directeur académique :

Il est précisé :

- 1 – que cette décision est une décision provisoire qui ne présage en rien de la décision de l'administration quant à l'imputabilité de l'accident au service.
- 2 – que cette attestation ne lie pas l'administration qui doit obligatoirement exprimer son avis sur l'imputabilité de l'accident au service, après instruction du dossier.