

REMBOURSEMENT D'HONORAIRES MEDICAUX

(tout document incomplet sera renvoyé)

Partie à remplir par la personne examinée :

Division des personnels

Bureau des stagiaires
DP 2-STG

Chef de service
Y.HADDOUCHE
Affaire suivie par
B.CARRE
C.POISSON

Téléphone
01.39.23.60.22
01.39.23.60.26
Télécopie
01.39.23.62.99

ce.ia78.dp2stg@ac-versailles.fr

Adresse postale :
BP100
78053 Saint-Quentin-en-Yvelines
cedex

78053 Saint-Quentin-en-Yvelines
cedex

Accueil du Public :
19 Avenue du Centre
78280 Guyancourt



NOM D'USAGE – PRENOM : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / _____

GRADE : PROFESSEUR DES ECOLES STAGIAIRE – RS 2019

AFFECTATION : DSDEN 78

Partie à remplir par le praticien :

MOTIF : VISITE MEDICALE D'APTITUDE PHYSIQUE AUX FONCTIONS DE
PROFESSEUR DES ECOLES

NATURE DE L'EXAMEN : Visite Consultation Expertise

DATE DE L'EXAMEN (mention obligatoire) :

NOM PRENOM / ETABLISSEMENT DU BENEFICIAIRE : _____

Généraliste Spécialiste – à préciser : _____

N° d'identification à l'ordre des médecins : _____

Montant des honoraires : _____ Euros

Signature et Cachet du praticien

RIB A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION : D.A.F 1

B05012010

Min: 206 Chap: Art : Par :

Arrêté le présent état à la somme de