

## FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES

Je soussigné,....., médecin généraliste agréé

Adresse : .....

Demande le règlement de la somme de : **23€** .....(joindre un RIB ou RIP de banque\*)  
(arrêté du 03.07.2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n°86-442 du 14 mars 1986)

N° SIRET obligatoire ( n° d'inscription à l'URSSAF) : .....

Représentant le montant de mes honoraires pour l'examen de la personne désignée ci-dessous.

Fait à ....., le .....  
Signature et cachet du praticien

*\*Un seul RIB ou RIP en cas de demande de plusieurs remboursements*

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINÉE

NOM patronymique : .....

NOM marital : .....

Prénom : .....

Département d'affectatio:

**A RETOURNER A LA DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'EDUCATION NATIONALE  
(DSDEN)  
DU DEPARTEMENT D'AFFECTATION DU CANDIDAT**

**NB** : Aucun remboursement ne pourra être effectué si la fiche n'est pas correctement remplie.

**DSDEN des Pyrénées Orientales – Service RHE 1<sup>er</sup> degré 45 avenue Jean Giraudoux BP 1080 66103 PERPIGNAN  
Cédex**