

ACADEMIE DE BESANCON

Lycée Polyvalent Jacques DUHAMEL
Service de Gestion Centralisé des AED et des AESH
Avenue Charles Laurent-Thouverey
B.P. 8 - 39107 DOLE

Tél. : 03. 84. 79. 78. 00
Fax : 03. 84. 72. 72. 20

CONTROLE MEDICAL OBLIGATOIRE

Effectué à la demande de l'Administration (Médecin généraliste)

FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES

Concernant

NOM : (MAJUSCULES) í .

PRÉNOM : (MAJUSCULES) í
.....

Recruté(e) en qualité d'AESH

Je soussigné(e), médecin généraliste assermenté, demande le règlement de la somme de :

í í í í í í í í í í í í í í í í í í .. p

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

Joindre un RIB

Fait à _____, le _____

« Signature et Timbre du Praticien obligatoire »

**Ce document est à compléter, signer et timbrer puis à adresser
Au Lycée Polyvalent Jacques DUHAMEL à l'adresse ci-dessus.
Toute fiche de remboursement incomplète ne pourra être remboursée.**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur :

.....

Déclare avoir examiné ce jour M., Mme :

í .

- Certifie qu'il (ou qu'elle) n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité incompatible avec l'exercice de la fonction postulée.

- Certifie qu'il (ou qu'elle) est inapte à la fonction postulée.

Fait à _____, le _____

« Signature et Timbre du Praticien »

Le présent certificat doit être remis à **l'Etablissement employeur de l'agent.**