Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

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

Rectorat
DAF

4 rue Georges Enesco
94010 Créteil cedex
Web : www.ac-creteil.fr

FORMULAIRE DE PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR

DES HONORAIRES MEDICAUX « APTITUDE A UN EMPLOI ET/OU PROLONGATION D'ACTIVITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE » Arrêté du 03 juillet 2007

PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE PRESCRIPTEUR OU L'AGENT

Nom et prénom de l'agent	*Date de naissance*	*Grade/ fonctions/discipline*	*Service prescripteur (1)*
			☐ **DPE** ☐ **DAP** ☐ **DEEP** ☐ **DSDEN 77** ☐ **DSDEN 93** ☐ **DSDEN 94**

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN AGREE

Nom-Prénom du médecin agréé : **SIRET** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *Cette note d'honoraires doit être envoyée par voie postale à la **DAF** du rectorat de Créteil.* **Joindre un RIB au premier envoi** **Remettre immédiatement votre compte-rendu de visite d'aptitude à l'intéressé(e)**	***Lettre clé (1)***	***Montant des honoraires***	Fait le …… Signature du médecin et tampon
	G ☐ ***C*** ☐	***23 €*** ***25 €***	

PARTIE A REMPLIR PAR L'AGENT

L'agent atteste ne pas avoir réglé directement le médecin ni présenté sa carte vitale aux fins de tiers payant.

Fait le …… Signature de l'agent :

(1) Cocher la case correspondante