

## FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES

À retourner à la Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale (DSDEN) de la Charente – DIPER  
– Cité Administrative du Champ de mars – Bât B – Rue Raymond Poincaré – 16023 Angoulême Cédex.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, médecin agréé

N° SIRET / A.D.E.L.I. :  (n° professionnel à 14 chiffres)

Demande le règlement de la somme de \_\_\_\_\_ euros à verser sur :

- Mon CCP n° \_\_\_\_\_ Centre \_\_\_\_\_

- Mon compte bancaire n° \_\_\_\_\_ Agence \_\_\_\_\_

**(joindre obligatoirement un R.I.P. ou un R.I.B.)**

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

Timbre du praticien :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

Signature du praticien :

**Renseignements concernant la personne examinée** (réintégration après une période de mise en disponibilité) :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonctions : \_\_\_\_\_ Date de l'examen : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_