



Osny, le 10 juin 2013

La Directrice académique des services de
l'Education nationale du Val-d'Oise

à

Mesdames et Messieurs les professeurs des
écoles stagiaires

**Division de la Gestion
Individuelle 1^{er} degré**

Objet : votre prise en charge administrative et financière

Affaire suivie par Isabelle Grasset

Téléphone :
01.30.75.57.41

Fax :
01.30..75.84.09

Mél :
Ce.ia95.qi@ac-versailles.fr

Immeuble le Président
2A avenue des arpens
95525 CERGY PONTOISE cedex

http : www.ac-versailles.fr

Vous venez d'être reçu au concours de professeurs des écoles. Pour assurer votre rémunération au 1er septembre 2013, date de votre prise de fonction, il est indispensable que mes services soient en possession de tous les éléments listés sur le document ci-joint.

J'attire votre attention sur la nécessité de fournir ces pièces dans les délais indiqués ; à défaut, le versement de votre traitement de septembre pourrait être reporté au mois suivant.

Vous pourrez les remettre lors de la réunion d'accueil organisée le 18 juin prochain. La Division de la Gestion individuelle assurera en effet une permanence à compter de 12h00 pour répondre à vos questions éventuelles et recueillir les éléments constitutifs de votre dossier.

Je vous remercie par avance de votre collaboration.

Martine Gauthier

**PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE
ET FINANCIERE
ANNEE SCOLAIRE 2013/2014**

Osny, le 13 juin 2013

LISTE DES PIECES A FOURNIR

A remettre le 18 juin ou à transmettre dans les plus brefs délais

- La fiche de renseignements ci-jointe, dûment complétée et signée.
- Copie de l'acte de naissance à demander à la mairie du lieu de naissance ou par le site suivant : <https://www.acte-etat-civil.fr/>
- Deux photocopies du livret de famille complet, certificat de PACS ou de la carte d'identité pour les célibataires.
- **La fiche de coordonnées bancaires accompagnée de deux relevés d'identité bancaire ou postal originaux et récents faisant figurer votre nom d'usage et prénom, votre adresse (pas de photocopie ni de RIB issu du distributeur)**
- Deux photocopies de votre carte personnelle d'immatriculation à la Sécurité Sociale **lisibles**.
- Attestation de la journée d'appel ou certificat de position militaire, le cas échéant.
- L'attestation sur l'honneur des services antérieurs.
- La demande de SFT si concerné.

**Division de la Gestion
Individuelle 1^{er} degré**

Affaire suivie par :
M.BARRE Mickaël

Téléphone :
01.30.75.57.41

Fax :
01.30.75.84.09

Mél :

Ce.ia95.gi@ac-versailles.fr

Avant le 31 août 2013

- Le certificat de cessation de paiement dans le cas de services antérieurs accomplis pour le compte d'une des trois fonctions publiques.
- Le certificat médical d'aptitude (liste des médecins généralistes agréés du Val d'Oise à la fin de ce document).
- Copie du MASTER 2
- Copie du C2I2E (sauf mère de trois enfants – sportif de haut niveau)
- Copie d'habilitation langue (sauf mère de trois enfants – sportif de haut niveau)

Immeuble le Président
2A, Avenue des Arpens
95525 CERGY PONTOISE cedex
http : www.ac-versailles.fr

Attention chaque document devra comporter votre numéro de Sécurité Sociale (15 chiffres), en haut à gauche, au stylo rouge
--

Aucune prise en charge financière ne pourra être effectuée sans l'ensemble des documents demandés

NOTICE DE RENSEIGNEMENTS

Recrutement : 1^{er} concours 2^{ème} concours 3^{ème} concours

M. Mme NOM d'usage : Prénom :
 Nom de famille :
 Né(e) le : à Nationalité :

ADRESSE PERSONNELLE :

CODE POSTAL : **VILLE** :
TELEPHONE FIXE : **PORTABLE** :
E-mail :
 (en cas de changement d'adresse en cours d'année, merci de nous le signaler)

N° INSEE (sécurité sociale) : : /..../..../..../..../..../..../..../..../..../..../
 (Merci d'inscrire un chiffre par case) **N°Clé** : /.. /..../

NUMEN (si vous étiez à l'éducation nationale : AVS, M2, contractuel/vacataire...) :

CELIBATAIRE <input type="checkbox"/> Copie de la carte d'identité à joindre	CONCUBINAGE <input type="checkbox"/> Le : Copie de la carte d'identité à joindre (personnel et concubin(e))	MARIE(E) <input type="checkbox"/> Le : Copie du livret de famille à joindre	VEUF(VE) <input type="checkbox"/> Le : Copie du livret de famille à joindre	DIVORCE(E) <input type="checkbox"/> Le : Copie du livret de famille et du jugement à joindre	SEPARÉ(E) <input type="checkbox"/> Le : Copie du livret de famille à joindre	PACS <input type="checkbox"/> Le : Copie de la carte d'identité et certificat du PACS à joindre
---	--	--	--	---	---	--

CONJOINT Nom : Prénom : Profession :

Est-il fonctionnaire ou agent de l'Etat ? OUI NON
 Si oui, bénéficie-t-il du supplément familial de traitement ? OUI NON

	Nom	Prénoms	Date et Lieu de naissance	A votre charge (oui ou non)
ENFANTS

Pour le bénéfice du Supplément Familial de Traitement : Renseigner le dossier SFT joint accompagné des pièces justificatives demandées. - Pour les enfants de 16 à 20 ans, un certificat de scolarité doit être transmis à la D.G.I avant le 31 décembre 2012. - En cas de séparation, joindre le jugement du tribunal précisant que vous avez la garde de l'enfant. Pour SFT de plus d'un enfant attestation de la CAF.

DIPLOMES UNIVERSITAIRES	DATE D'OBTENTION	CERTIFICAT	DATE D'OBTENTION
BACCALAUREAT		C2I2E*	
LICENCE		HABILITATION LANGUE*	
MASTER*			
DOCTORAT			
AUTRES (à préciser)			

Copie des diplômes et certificats à fournir.

*Les mères et pères de trois enfants ainsi que les sportifs de haut niveau sont dispensés de ces documents.

Direction des Services Départementaux de
l'Éducation nationale du Val-d'Oise
DPGI 04
2A, Avenue des Arpents
95525 Cergy Pontoise Cedex

COORDONNEES BANCAIRES

NOM d'usage : _____ PRENOM : _____

Nom de famille : _____ N° INSEE : / / / / / / / / / /

GRADE **Professeur des écoles stagiaires**

Etablissement d'affectation _____

Adresse personnelle _____

Fait à le
Signature de l'agent

Pièces à joindre obligatoirement
2 relevés d'identité bancaire ou postale (format BIC/IBAN), en original, sans mention manuscrite
(Les photocopies ou les chèques annulés ne sont pas acceptés)

MENTIONS LEGALES CNIL A compléter

..... (Veuillez indiquer l'identité du responsable du traitement – rectorat / DASEN)

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à ... (Veuillez préciser la finalité). Les destinataires des données sont : (Précisez – rectorat / DASEN).

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à (Veuillez préciser le service et l'adresse – rectorat / DASEN).

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant

Nom :
Prénom :
N° INSEE :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

- déclare sur l'honneur n'avoir jamais occupé de poste dans la fonction publique d'état, territoriale ou hospitalière.
- certifie occuper un poste dans la fonction publique à temps partiel
- certifie avoir occupé un poste dans la fonction publique :
(dans ce cas, demandez un certificat de cessation de paiement à votre service payeur au 01/09/2013 à l'aide de la demande de certificat de cessation de paiement jointe au présent dossier et à envoyer à votre service payeur. Ce document n'est pas nécessaire si vous étiez rémunéré(e) par la Direction départementale des finances publiques des Yvelines).

Au ministère de l'Education Nationale	Dans un autre ministère ou dans la fonction publique hospitalière ou dans une collectivité territoriale
Académie de : NUMEN : SERVICE PAYEUR : Nom : Adresse : Téléphone : Fax : Fonctions exercées : Du au En qualité de : <input type="checkbox"/> surveillant d'externat <input type="checkbox"/> maître auxiliaire <input type="checkbox"/> contractuel / vacataire <input type="checkbox"/> stage responsabilité <input type="checkbox"/> autre Joindre l'état des services détaillé fourni par l'administration, précisant temps complet ou partiel.	Nom du ministère ou de l'employeur : SERVICE PAYEUR : Nom : Adresse : Téléphone : Fax : Fonctions exercées : Du au En qualité de : <input type="checkbox"/> stagiaire (date de stagiairisation :) <input type="checkbox"/> titulaire (date de titularisation) : <input type="checkbox"/> contractuel / vacataire <input type="checkbox"/> autre Joindre l'état des services détaillé fourni par l'administration, précisant temps complet ou partiel, périodes de disponibilité, congés parentaux, nombre d'heures de travail hebdomadaire.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

A le

Signature :

Nota : « Sera puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ».



**Division de la Gestion
Individuelle 1^{er} degré**

Affaire suivie par :
Mickaël BARRE

Téléphone :

01.30.75.57.41

Fax :

01.30.75.84.09

Mél :

Ce.ia95.gi@ac-versailles.fr

Immeuble le Président
2A, Avenue des Arpents
95525 CERGY PONTOISE cedex
http : www.ac-versailles.fr

Le

**DEMANDE DE CERTIFICAT DE CESSATION DE
PAIEMENT**

Madame, Monsieur,

M, Mme,

N° INSEE (sécurité sociale) :

Est recruté(e) par concours de Professeur des Ecoles dans le département du Val d'Oise.

Afin de pouvoir installer son traitement auprès de la DDFIP des Yvelines, je vous prie de bien vouloir me retourner à l'adresse indiquée ci-dessous le certificat de cessation de paiement de l'intéressé(e).

**Direction des services départementaux de l'éducation
nationale du Val-d'Oise
DGI – Bureau 402
2A, Avenue des Arpents
95525 CERGY PONTOISE CEDEX**

Pour la directrice académique
des services de l'éducation nationale
du Val-d'Oise
La responsable de la DGI

Isabelle GRASSET

DOSSIER MÉDICAL

2013-2014



Document Confidentiel destiné
au
↳ Médecin Conseiller Technique du Recteur

3 Boulevard de Lesseps
78017 VERSAILLES CEDEX

Nom et prénom :

Né(e) le :

Emploi postulé : ...Professeur des écoles.....

Date de la visite médicale : _____ Nom du médecin : _____

A REMPLIR PAR L'INTERESSE(E)

Filière ouvrière	Filière administrative	Filière santé/sociale
<input type="checkbox"/> Adjoint Technique principal de laboratoire de 2 ^{ème} classe stagiaire	<input type="checkbox"/> Adjoint administratif stagiaire <input type="checkbox"/> Secrétaire d'Administration Scolaire et Universitaire stagiaire <input type="checkbox"/> ADAENES	<input type="checkbox"/> Assistante Sociale stagiaire <input type="checkbox"/> Infirmière stagiaire

Enseignants	Centre IUFM :
<input type="checkbox"/> Professeur des Ecoles Stagiaire <input type="checkbox"/> PLC Stagiaire <input type="checkbox"/> PLP Stagiaire <input type="checkbox"/> CPE Stagiaire	<input type="checkbox"/> St Germain en Laye <input type="checkbox"/> Antony Val de Bièvre <input type="checkbox"/> Antony Jouhaux <input type="checkbox"/> Etiolles <input type="checkbox"/> Cergy

NOM d'usage: _____ NOM de famille : _____

Prénom : _____ Date et lieu de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

_____ Tél : _____

Nom et adresse de l'Etablissement lieu de stage : _____

Code Postal _____ Ville _____

Formation professionnelle ou universitaire : _____

Autres diplômes : _____

ANTÉCÉDENTS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Trouble métabolique avec retentissement (préciser) |
| <input type="checkbox"/> Allergie (préciser) | <input type="checkbox"/> Traumatisme, accident, séquelle |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance :(origine ?) |
| <input type="checkbox"/> Hépatite (préciser) | <input type="checkbox"/> Syndrome dépressif |
| <input type="checkbox"/> I.S.T. | <input type="checkbox"/> Autres pathologies psychiatriques (préciser) |
| <input type="checkbox"/> Cancer avec séquelles (préciser) | <input type="checkbox"/> Pathologie visuelle (préciser) |
| <input type="checkbox"/> Maladie chronique évolutive (préciser) | <input type="checkbox"/> Pathologie auditive (préciser) |
| <input type="checkbox"/> Interventions chirurgicales (préciser). | |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) _____ | |

ARRÊTS DE TRAVAIL - CONGÉS MALADIE (motifs - durée) : _____

Congé Maladie Ordinaire CLM (motif) _____ CLD (motif) _____

RQTH (Préciser la nature du handicap ou de la maladie : _____)

Carte d'invalidité (taux, mention...) _____

VACCINATIONS (dates)

⇒ BCG _____

⇒ Polio _____ ⇒ Tétanos _____ ⇒ Rubéole _____

⇒ Hépatite B _____ ⇒ Hépatite A _____

TRAITEMENT EN COURS :

Nom et posologie :

HYGIÈNE DE VIE

Sommeil : _____ Appétit _____ Activité physique _____

Consommation tabagique (nombre par jour) : _____

Consommation de produits psycho actifs (alcool – médicaments.....) _____

EXAMEN MÉDICAL

Poids : _____ Taille : _____

Vue :

■ Loin sans correction OD : OG : ■ avec correction OD : OG :
■ Près sans correction OD : OG : ■ avec correction OD : OG :

Audition : OG _____ OD _____ Appareils auditifs : _____

Appareil locomoteur: _____

Appareil cardiovasculaire : _____ T.A. _____ Pouls : _____

Pathologie respiratoire : _____

Système nerveux : _____

Psychisme: _____

DÉCISION : APTE SANS RÉSERVE
 AVIS SPÉCIALISÉ DEMANDÉ
 (en indiquant la spécialité)

Cachet et Signature du médecin
(joindre une lettre pour le spécialiste)

Fait-le

REMBOURSEMENT D'HONORAIRES MÉDICAUX (Tout document incomplet sera retourné)

Renseignements concernant la personne examinée :

Nom - Prénom : Grade :

Etablissement d'exercice :

Motif de la visite :

Recrutement Titularisation Aptitude Concours

Date de l'examen : ___/___/___

Partie à remplir par le praticien généraliste agréé :

Nom - Prénom ou Etablissement du Bénéficiaire :
.....

Adresse :

N° SIRET :

Etablissement : Guichet : N° Compte :

Montant des honoraires : Cachet et signature du praticien

APPLICATION DU TARIF CONVENTIONNEL DU CODE DE SECURITE SOCIALE (joindre un RIB)

Cadre réservé à l'administration : DAF

/ / / / / / / / / / / / / / / /

Min. : Chap. : Art. : lps. : Cf. : Par. :

Arrêté le présent état à la somme de :
.....

Certificat médical d'aptitude physique pour l'admission à un emploi public

Je soussigné(e) DocteurMédecin généraliste agréé(e),

Certifie, après avoir examiné ce jour Mme, M.

Qu'il/elle n'est atteint(e) d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées et qui doivent être indiquées au dossier médical de l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées (professeur des écoles).

Fait àle

SIGNATURE et CACHET DU PRATICIEN

RAPPEL : Les médecins agréés appelés à examiner des fonctionnaires ou des candidats aux emplois publics dont ils sont les médecins traitants sont tenus de se récuser (article 4 du décret n°86-442 du 14 mars 1986).

Document à retourner impérativement à :

DSDEN 95 – DPGI04 – 2A, Avenue des Arpents – 95525 CERGY PONTOISE CEDEX

SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Agent désirant recevoir le supplément familial de traitement (renseigner toutes les rubriques)

Madame, Monsieur (1).....

Etablissement

Grade :

Pour nous permettre d'examiner ou de réexaminer vos droits éventuels au supplément familial de traitement, dont les conditions d'attribution sont fixées par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, vous voudrez bien remettre le présent imprimé à votre conjoint(e) ou concubin(e) pour remplir l'attestation correspondant à sa situation.

Je vous rappelle que ce supplément familial **n'est versé qu'à une seule personne** pour un même enfant, qu'elle n'est pas cumulable avec un avantage ayant le même objet servi par l'employeur du conjoint. **Une copie intégrale du livret de famille doit impérativement être fournie (datée et signée)** ainsi que l'imprimé désignant l'allocataire choisi. Si vous êtes pacsé, fournir la copie du PACS. **A partir du deuxième enfant fournir une attestation d'allocataire de la CAF.**

A COMPLETER

- Attestation n° 1** Si votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) exerce une activité libérale ou est artisan (à son compte) ou commerçant (à son compte) ou exploitant agricole (à son compte) ou bien n'exerce aucune activité professionnelle.
- Attestation n° 2** Si votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) est salarié dans le secteur privé ou fonctionnaire.
- Attestation n° 3** Si vous vivez seul(e).
- Attestation n° 4** Si vos enfants ne vivent pas à votre domicile.

A défaut de réponse de votre part dans un délai d'un mois (suite à un contrôle de situation familiale ou de scolarité), le droit éventuellement en cours serait suspendu et les sommes versées à tort récupérées*.

IL NE SERA FAIT AUCUN RAPPEL A CETTE DEMANDE

(1) Rayer la mention inutile.

• La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (art. L554-1 du code de la Sécurité Sociale)

ATTESTATION N° 1

(attestation à remplir par votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e))

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (1)
déclare sur l'honneur :

- exercer une activité libérale en qualité de
depuis le (**Veillez apposer votre tampon professionnel** auprès de votre signature).
- être artisan, commerçant ou exploitant agricole depuis le et, de ce fait, ne pas percevoir de supplément familial de traitement (**Veillez apposer votre tampon professionnel** auprès de votre signature
et copie de votre inscription au registre du commerce ou autre (selon le cas)).
- n'exercer aucune activité professionnelle depuis le et m'engage à avertir le service gestionnaire de mon conjoint(e) ou concubin(e) de tout changement de ma situation professionnelle.

Veillez fournir obligatoirement les documents correspondants à votre situation :

- **Vous êtes étudiant(e)** : une copie de la carte d'étudiant.
- **Vous êtes père ou mère au foyer** : une copie de l'avis d'imposition faisant apparaître votre absence de ressources.
- **Vous êtes en congé parental** : un document de votre **employeur** attestant votre situation.
- **Vous êtes au chômage** : une copie de l'avis d'imposition faisant apparaître vos ressources (ou absence de ressources) et un historique des ASSEDIC.
- **Vous êtes retraité(e)** : une copie de votre arrêté de mise à la retraite ou un relevé de pension.
- **Vous êtes dans une situation autre que celles énumérées** : fournir tout justificatif officiel.

Fait à, le

Signature,

(1) Rayer la mention inutile

ATTESTATION N° 2

(attestation à remplir par l'employeur de votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e)
ou par le service gestionnaire du SFT pour les agents de l'Etat)

CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E)

Je soussigné(e) :

Fonction exercée :

Nom de la société ou raison sociale :

Certifie que Madame, Monsieur (1)

Employé(e) en qualité de :

Depuis le :

Ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou quelque autre avantage à caractère familial (complément, sur-salaire...) depuis le

Perçoit un supplément familial de traitement ou quelque autre avantage à caractère familial (dans un couple, un choix d'allocataire doit être fait, le supplément familial de traitement différentiel n'étant plus versé en cas d'indice de traitement différent) depuis le concernant le (ou les) enfant(s) suivant(s) :

Fait à, le
Signature,

(veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature).

Si le conjoint est rémunéré par une administration, veuillez préciser :

- son grade.....
- sa discipline :
- son lieu d'exercice :

(1) Rayer la mention inutile.

ATTESTATION N° 3

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE NON MARITALE

(à remplir si vous vivez seul(e))

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (1)
déclare sur l'honneur vivre seul(e) (ni marié(e), ni en concubinage, ni sous le régime du PACS) et élever
seul(e) mon (ou mes) enfant(s) depuis le

Inscrire le(s) nom(s) et prénom(s) de(s) l'enfant(s) à charge :

.....
.....

1. **Fournir obligatoirement une décision du tribunal fixant la résidence des enfants.**
2. **Faire remplir l'attestation 1 ou 2 par votre ex-conjoint(e) ou à défaut, veuillez me communiquer ses nom, prénom et adresse.**

Je m'engage à avertir immédiatement le Service des Prestations familiales du Rectorat de Versailles de tout changement dans ma situation familiale.

Fait à, le
Signature,

ATTESTATION N° 4

REVERSEMENT DU SFT A L'EX-CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E)

(Joindre un relevé d'identité bancaire de l'ex-conjoint(e) ou concubin(e) ainsi qu'une décision du tribunal mentionnant la résidence de vos enfants chez celui-ci (ou celle-ci)

Nom et prénom du bénéficiaire :

Fait à, le
Signature,

Dans tous les cas, veuillez préciser concernant votre conjoint(e) ou votre ex-conjoint(e) ou concubin(e) :

Nom :

Prénom

Profession :

Grade : Discipline :

Lieu d'exercice :

Adresse :

Téléphone :

(1) Rayer la mention inutile.

CHOIX DE L'ALLOCATAIRE DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

MONSIEUR NOM et PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

N° INSEE :

PROFESSION :

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

depuis le :

MADAME NOM et PRENOM : épouse ou veuve :

ADRESSE :

TELEPHONE :

N° INSEE :

PROFESSION :

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

depuis le :

SITUATION FAMILIALE :

Si vous vivez en couple :	vous êtes mariés <input type="checkbox"/> vous vivez maritalement <input type="checkbox"/> vous êtes liés par un PACS <input type="checkbox"/>	depuis le :
Si vous vivez seul(e) :	vous êtes célibataire <input type="checkbox"/> vous êtes séparé(e) de fait <input type="checkbox"/> vous êtes séparé(e) légalement <input type="checkbox"/> vous êtes divorcé(e) <input type="checkbox"/> vous êtes veuf(ve) <input type="checkbox"/>	depuis le :

SITUATION DES ENFANTS :

NOM	PRENOM	Lien de parenté (fils, fille, etc.)	Date de naissance	Situation (élève, apprenti)	Est-il à votre charge ?

CHOIX DE L'ALLOCATAIRE :

Si vous vivez en couple, vous pouvez choisir lequel d'entre vous sera l'allocataire, c'est-à-dire celui au nom duquel sera ouvert votre dossier. Ce choix est valable pour au moins une année, sauf en cas de séparation, abandon, divorce ou décès. **A signaler impérativement.**

L'allocataire sera : Madame Monsieur

Joindre au présent document l'attestation n°1 ou n°2 selon le cas, de non perception du supplément familial de traitement par le conjoint non allocataire.

Déclaration sur l'honneur : (à signer par Monsieur et Madame si vous vivez en couple)

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts.

Je m'engage à signaler immédiatement tous les changements modifiant cette déclaration.

A	le	
SIGNATURES	<u>Monsieur</u>	<u>Madame</u>

ANNEXE I - LISTE DES MEDECINS GENERALISTES AGREES DU VAL D'OISE

communes	Nom Prénom	Adresse	Code	Ville	Téléphone
ARGENTEUIL	JACQUIN Thierry	4 rue Ernest Bray	95100	ARGENTEUIL	01 39 61 37 65
	REVERBERI Jacques	27 rue de la république	95100	ARGENTEUIL	01 30 25 71 80
BELLOY EN FRANCE	BARBAROSSA Raphaël	17 rue du Général Leclerc	95270	BELLOY EN FRANCE	01 30 35 75 65
BESSANCOURT	MONIEZ Dominique	91 avenue de Paris	95550	BESSANCOURT	01 39 60 65 24
BEZONS	BOURHIS Christian	125 rue Edouard Vaillant	95870	BEZONS	01 30 76 72 28
	LECOQUE Alain	119 avenue Gabriel Péri	95870	BEZONS	01 39 47 24 48
CERGY	BADONNEL Pierre	1 chemin Dupuis Brun	95000	CERGY	01 30 32 42 76
	BUVRY Jacques	304 Chênes Verts	95000	CERGY	01 30 32 16 32
	VIGOUROUX Philippe	57 avenue du Bontemps	95800	CERGY	01 30 73 23 03
DOMONT	DE LAPISSE Jacques	70 avenue Jean Jaurès	95330	DOMONT	01 39 91 02 63
	LEAO Manuel	1 avenue Jean Jaurès	95330	DOMONT	01 39 91 01 07
EAUBONNE	BANGOS Pierre	29 ter rue de Soisy	95600	EAUBONNE	01 39 59 44 17
	BAUDELET Agnès	10 rue d' Andilly	95600	EAUBONNE	01 39 59 38 19
ECOUEN	CALLIPEL Denis	10 rue de la Gare	95440	ECOUEN	01 39 90 04 72
ENGHIEN LES BAINS	LA BATIDE-ALANORE Charles	23 place de Verdun	95880	ENGHIEN LES BAINS	01 34 12 39 08
	ZURBACH Jacques	43 rue des Thermes	95880	ENGHIEN LES BAINS	01 34 12 35 59
	DRAGHI Philippe	28 rue Malleville	95880	ENGHIEN LES BAINS	01 39 89 38 27
ERAGNY SUR OISE	BEAUCOUR Hubert	20 rue de Flore	95610	ERAGNY SUR OISE	01.34.64.13.10
FRANCONVILLE	BENILLOUCHE Willy	4, square des coteaux cabinet médical du parc	95130	FRANCONVILLE	01 34 14 11 21
GARGES LES GONESSE	FRARIER Marc	33 avenue de la Commune de Paris	95140	GARGES LES GONESSE	01.39.86.45.41
	AZOULAY Eric	8 av de la Commune de Paris	95140	GARGES LES GONESSE	01 34 53 62 02
	GREGOIRE Dominique	12 avenue de la Commune de Paris	95140	GARGES LES GONESSE	01.39.86.49.90
GONESSE	LEVY Bernard	14, avenue Gabriel Péri	95500	GONESSE	01.39.85.41.74
L'ISLE ADAM	ABOUCAYA Jean-Pierre	5 grande rue	95290	L'ISLE ADAM	01.34.69.23.60
L'ISLE ADAM	LE COAT Patrick	33, Grande Rue	95290	L'ISLE ADAM	01,34,69,22,23
LUZARCHES	DESMOULINS Frédéric	8 place de la Garenne	95270	LUZARCHES	01 34 71 00 12
MONTIGNY LES CORMEILLES	BENHAIM Jean-Claude	3, rue du Plessis Bouchard	95370	MONTIGNY LES CORMEILLES	01,34,50,46,46
MONTLIGNON	GRICHY Jacques	43 rue de Paris	95680	MONTLIGNON	01 34 16 65 25
MONTMORENCY	BOURDREZ Jacques	6 avenue Emile	95160	MONTMORENCY	01 39 64 21 02
	DELCOUSTAL André	5 rue Condé	95160	MONTMORENCY	01.34.12.92.10
NESLES LA VALLEE	HOIZEY Yves	23 rue Pierre Pilon	95690	NESLES LA VALLEE	01.34.70.67.70
ROISSY EN FRANCE	BARIAUD Michel	9 rue Dorval	95700	ROISSY EN FRANCE	01.34.29.93.15
SANNOIS	CANCELIER Laurent	35 Bd Charles de Gaulle	95110	SANNOIS	01.34.10.13.33
SARCELLES	BLATANIS Jacky	Immeuble Le Francilien 3 bld Albert Camus	95200	SARCELLES	01 39 86 45 85
	RISMONDO Jean	4, allée Watteau	95200	SARCELLES	01 39 90 22 89
VAUREAL	GAY Vincent	35 Mail Mendès France	95490	VAUREAL	01.30.73.27.72
VETHEUIL	AZRIA René	14 grande rue	95510	VETHEUIL	01 34 78 14 63
VILLIERS LE BEL	GEOFFROY Christian	3 avenue de la Concorde	95400	VILLIERS LE BEL	01.34.29.14.41