





**ACADÉMIE  
DE LYON**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES MÉDICAUX**

**Les personnels ne doivent pas faire l'avance des frais**

(à renvoyer impérativement au plus tard **le 16/08/2021**)

**Tout document incomplet sera retourné au médecin par le service gestionnaire**

Les photocopies de ce document ne sont pas acceptées

**À retourner, accompagné d'un RIB et du certificat médical établi par le médecin à :**

Rectorat de Lyon

DIPE

92 rue de Marseille – BP 7227

69354 LYON cedex 07

**IDENTIFICATION DU MÉDECIN AGRÉÉ**

**Merci de compléter à l'encre bleue**

Je soussigné, Docteur NOM – Prénom :

.....

N° de SIRET : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (14 chiffres)

Médecin généraliste agréé demande le règlement de la somme de **25,00 €** (vingt-cinq euros) représentant le montant de mes honoraires pour l'examen de la personne désignée ci-dessous.

(Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n°86-442 du 14 mars 1986).

Timbre du praticien :

Fait à ....., le

.....

Signature

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINÉE**

Nom de la personne examinée :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Cocher les cases correspondantes :

Enseignant (Discipline) : .....  Non enseignant  
(Grade) : .....

Public  Privé

Apprenti

Etablissement d'affectation :

Code postal établissement :

Commune établissement :

À compléter par le médecin

À compléter par l'agent