

Division des personnels  
enseignants du 1er degré  
Bureau DPE4

2021-2022  
Gestion des professeurs des  
écoles stagiaires  
Mél : dpe4-stagiaires@ac-lyon.fr

21, Rue Jaboulay  
69309 Lyon Cedex 07

## FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES

À retourner par le médecin, **accompagné d'un RIB**, à :

Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale du Rhône  
Bureau DPE4 - 21 rue Jaboulay - 69309 Lyon Cedex 07

**LES PHOTOCOPIES DE CE DOCUMENT NE SONT PAS ACCEPTÉES**

<b>À remplir par le médecin agréé EN AUCUN CAS PAR UN REMPLAÇANT</b>	<b><u>N'INSCRIRE AUCUN ÉLÉMENT MÉDICAL SUR CE DOCUMENT</u></b>
	Je soussigné, Docteur ( <i>Nom, Prénom</i> ) _____
	<b>N° SIRET</b> ( <i>à 14 chiffres</i> ) : _____,
	Médecin généraliste agréé, demande le règlement de la somme de <b>25,00 euros</b> (vingt-cinq euros) représentant le montant de mes honoraires pour l'examen de la personne désignée ci-dessous.
	<i>(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)</i>
	<b>Timbre du praticien</b> Fait à _____ le _____
	<b>Signature :</b>

<b>À remplir par l'agent</b>	<b>RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE EXAMINÉE</b>
	Nom d'usage : _____ Nom patronymique : _____
	Prénom : _____
	<input type="checkbox"/> Enseignant stagiaire <input type="checkbox"/> Enseignant contractuel <input type="checkbox"/> Enseignant titulaire
	<input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé
	École d'affectation : _____
	Code postal école : _____ Commune : _____

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA AUTOMATIQUÉMENT RETOURNÉ AU MÉDECIN PAR LE SERVICE GESTIONNAIRE**