

**ADMISSION A UN EMPLOI PUBLIC EN QUALITE DE
STAGIAIRE OU TITULAIRE
ENSEIGNEMENT DU SECOND DEGRE PUBLIC
CONTROLE DE L'APTITUDE PHYSIQUE**

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

**VISITE D'APTITUDE EFFECTUEE PAR UN MEDECIN AGREE à la demande de la DPE
A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN AGREE LORS DE LA VISITE ET A JOINDRE A VOTRE DOSSIER**

IDENTIFICATION DU PRATICIEN AGREE

N° SIRET : // // // // // // // // // // // // // // // //

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

CACHET (obligatoire)

IDENTIFICATION DE L'AGENT

NOM : _____

Prénoms : _____

Fonction : _____

Établissement d'exercice : _____

NOTES D'HONORAIRES *

*Pièce à joindre obligatoirement : 1 RIB (en cas de 1^{ère} prise en charge)
Copie de la convocation de l'agent (courrier)*

Date des actes médicaux	Désignation et Cotation de l'acte dispensé	Montant des honoraires
TOTAL		

Arrêté à la somme de :

Fait à
Le

Signature du praticien