

**CERTIFICAT DE CONTROLE DE L'APTITUDE PHYSIQUE DES PERSONNELS EN VUE DE L'ADMISSION A UN EMPLOI PUBLIC
 (DECRET N° 86-442 DU 14 MARS 1986)**

AED / AED PREPRO / AESH

A REMPLIR PAR L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

CACHET DE L'EMPLOYEUR + CODE RNE

A APPOSER CI-DESSOUS

POUR L'AGENT

Nom usuel :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro de Sécurité Sociale (pour les homonymes) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A REMPLIR PAR LE MEDECIN AGREE PAR L'ARS

CERTIFICAT MEDICAL

Aptitude à l'emploi

Inaptitude à l'emploi

Montant des honoraires au 01/05/2017 : **25 €**

(base de prise en charge financière : tarifs conventionnels parus au Journal Officiel "sans dépassement d'honoraires")

IDENTIFICATION DU MEDECIN AGREE

Nom : _____

REGLEMENT A EFFECTUER

Fait le _____

Certifie et atteste :

Signature et cachet du Médecin

- ne pas avoir perçu le règlement par l'agent* ;
- que l'agent a présenté sa carte vitale ;
- que l'agent a payé sans présenter sa carte vitale.

* **Votre RIB** à fournir :

- si jamais obtenu de versement de la part du lycée Benjamin Franklin ;
- en cas de changement de coordonnées bancaires.

MOYENS DE TRANSMISSION

Document à envoyer à l'établissement EMPLOYEUR susnommé de l'Agent, qui le transmettra, pour étude et paiement des honoraires du médecin agréé au :
 Lycée Benjamin Franklin de la Rochette
 Service Mutualisateur Payeur

DATE D'ARRIVEE AU SERVICE DE PAIE