

CERTIFICAT MÉDICAL HONORAIRES

Décret n°86-442 du 14 mars 1986

Je soussigné Docteur :

Atteste avoir procédé le : / /

à l'examen médical de :

Madame : (Nom Prénom) :

Monsieur : (Nom Prénom) :

Personnel affecté à : (indiquer le nom de l'établissement employeur et l'adresse complète) * :

**Un défaut de renseignement entraînera un retard de traitement.*

En qualité de : (indiquer le grade et / ou l'emploi) :

Service d'affectation :

Montant des honoraires plafonnés au tarif Sécurité sociale :

Montant des honoraires avancés par l'agent (s'il y a lieu) :

Motif de la visite :

Visite d'aptitude à l'emploi

Autre

Timbre du praticien

N° SIRET : (15 caractères) :

.....

Signature du praticien

Bon pour paiement :

Timbre du service gestionnaire

Signature du service gestionnaire