



10, rue Tréfilerie - CS 82301
42023 SAINT-ETIENNE Cedex 2

CERTIFICAT MEDICAL

ATTENTION : L'original de ce certificat doit être renvoyé à la **DRH – Service des personnels BIATSS ou ENSEIGNANTS** pour l'installation dans les fonctions.
Une copie doit être conservée par l'intéressé(e)

Je soussigné(e), Docteur
Médecin généraliste assermenté,
certifie que M
Grade
Etablissement

n'est atteint(e) d'aucune maladie ou que les infirmités ou maladies constatées et signalées dans le dossier médical de l'intéressé(e) ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées. Si le praticien de médecine générale a conclu à l'opportunité d'un examen complémentaire, l'intéressé(e) et soumis(e) à l'examen d'un médecin spécialiste agréé.

Fait à, le
Signature et cachet du praticien



10, rue Tréfilerie - CS 82301
42023 SAINT-ETIENNE Cedex 2

FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES
Sur la base du tarif de la sécurité sociale 25 euros

Partie à détacher par le médecin et à renvoyer à :
Fournir obligatoirement un RIB
Université Jean Monnet – DRH –
Service des Personnels BIATSS ou ENSEIGNANTS

Je soussigné(e) NOM : Prénom :

Numéro SIRET :

Médecin généraliste assermenté (cachet obligatoire)

demande le règlement de la somme de Euros, à verser :

- sur mon compte chèque postal n° Centre :
- sur mon compte bancaire n° Agence :

Adresse :

représentant le montant de mes honoraires pour l'examen de :

Nom : Prénom :

Recruté(e) en qualité de

Affectation

Fait à, le
Signature et cachet du praticien :