



MEDECIN DU TRAVAIL

Employeur : demande de visite médicale spécifique

*Ce formulaire ne concerne pas les demandes
de visite d'embauche ou périodique mais
uniquement les demandes de visite spécifique.*

FORMULAIRE
EMPLOYEUR

Collectivité / administration:

Contact en charge de la demande :

Ligne directe Courriel :

Agent concerné :

✓ Nom & Prénom :

✓ Date de naissance :

✓ Poste de travail actuel :

✓ Numéro de téléphone :

L'agent est-il en arrêt de travail ? Oui Non

Date de la période de l'arrêt : du au

Nature du congé maladie :

Date prévue de la reprise :

Précisez explicitement le motif de la demande – l'agent doit être informé de votre demande avant la visite :

- Demande de visite de reprise après maternité
- Demande de visite de reprise après maladie :
 - Accident / maladie professionnelle
 - CLM / CLD – visite obligatoire
- Demande de visite de reprise après disponibilité
- Dans le cadre du dispositif préparatoire au reclassement (PPR) après avis du Conseil médical

