



SERVICE DE MEDECINE PREVENTIVE

A COMPLETER POUR UNE VISITE DE REPRISE

DATE DE LA DEMANDE :

COLLECTIVITE/ETABLISSEMENT PUBLIC :

NOM - PRENOM de l'agent :

DATE DE NAISSANCE :

GRADE :

MOTIF DE LA VISITE DE REPRISE :

☐	après congé maladie ordinaire	☐	après accident de service
☐	après congé longue maladie	☐	après maladie professionnelle
☐	après congé de longue durée	☐	après congé maternité
☐	autres (précisez) : _____		

DATE de début d'arrêt :

DATE de reprise de travail :

Reprise à Temps Partiel Thérapeutique :

☐

oui

☐

non

Si oui, joindre une fiche de poste décrivant les missions proposées à TPT

Merci d'adresser cette page complétée par mail

3 rue Franciade
41260 LA CHAUSSEE-SAINT-VICTOR
Tél : 02.54.56.68.51 - Fax : 02.54.56.68.52
service.medical@cdg41.org