



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/grave maladie	☐	après maladie professionnelle
☐	après congé de longue durée	☐	après congé maternité
☐	après dispo d'office pour raison de santé	☐	autres (précisez): _____

DATE de début d'arrêt : / /

DATE de reprise de travail : / /

Reprise à Temps Partiel Thérapeutique : ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une proposition d'aménagement des missions et du temps de travail (fiche de poste, planning, horaires...):

Merci d'adresser cette page complétée par mail

CDG 41 - Service de médecine préventive
3 rue Franciade
41260 LA CHAUSSEE-SAINT-VICTOR
Tél : 02.54.56.68.51 - Fax : 02.54.56.68.52
service.medical@cdg41.org

