**Demande de visite spécifique**

*Ce document ne concerne pas les demandes de visite d’embauche ou visite périodique.*

**Nom de la collectivité** :

**Agent concerné :**

* Nom & Prénom :
* Date de naissance :
* Poste de travail actuel :
* Numéro de téléphone :

**Date de la période de l’arrêt :** du au

**Date prévue de la reprise** :

 [ ]  Demande de visite de reprise après maternité

 [ ]  Demande de visite de reprise après maladie :

 [ ]  Professionnelle

 [ ]  Suite à un arrêt d’au moins 30 jours d’origine professionnelle

 [ ]  Suite à un arrêt d’au moins 60 jours d’origine non professionnelle

 [ ]  CLM

 [ ]  CLD

 [ ]  Dans le cadre du dispositif préparatoire au reclassement (PPR) après avis du conseil médical unique

 [ ]  Visite à la demande de l’employeur

Précisez le motif de la demande :

**Préciser votre demande particulière à destination du médecin du travail :**

 [ ]  Aménagement / Adaptation de poste suite aux restrictions médicales

 [ ]  Changement d’affectation / de poste suite à une restriction médicale ou une inaptitude physique

 [ ]  Reclassement suite à une inaptitude physique

 [ ]  Reprise à mi-temps thérapeutique

 [ ]  Autres :

**Document à communiquer au secrétariat avant la visite :**

 [ ]  Fiche de poste **uniquement pour les visites dans le cadre d’aménagement de poste**

 [ ]  Compte-rendu sur les circonstances de l’accident

* **Un rendez-vous sera pris avec le secrétariat à l’issue de la réception de ce document et des pièces demandées**
* **L’agent convoqué est tenu d’apporter l’ensemble des pièces de son dossier médical**

Document à retourner au service de Médecine Préventive

Par mail : **service.medecine@cdg90.fr**