**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**