



# Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Marne

## Demande d'intervention du Référent Handicap

### Intervention demandée à l'initiative de :

- Médecin ou infirmière de prévention
- Collectivité
- Agent
- Ergonome
- Autre : \_\_\_\_\_

### Intervention demandée pour :

Nom et Prénom : .....

Numéro de téléphone : .....

Courriel : .....

### Collectivité Territoriale :

Nom de la collectivité : .....

Référent au sein de la collectivité : .....

Numéro de téléphone : .....

Courriel : .....

- Je ne souhaite pas informer la collectivité de ma démarche. A défaut, votre collectivité sera informée de cette demande

Fait à .....

Le .....

Signature de la partie précédée de la mention « bon pour accord »

Document à retourner complété au référent handicap par courriel ou courrier  
Centre de gestion de la Marne - 11 rue Carnot - BP 105 - 51007 Châlons-en-Champagne  
Cedex

Téléphone : 03 26 69 99 13 / courriel : [medecine2@cdg51.fr](mailto:medecine2@cdg51.fr)