

**Fiche de demande d'Intervention en Psychologie du Travail**  
**Soutien Psychologique**

Ce formulaire de demande d'intervention permettra au psychologue du Travail de réaliser une proposition d'intervention pour la mise en place d'un soutien psychologique. L'objectif principal de cette démarche est d'accompagner l'agent concerné à exprimer et à comprendre les problématiques et les difficultés qu'il rencontre au cours de son activité professionnelle.

Nous vous invitons à compléter ce document et à le transmettre au psychologue du Travail référent de l'établissement d'exercice de l'agent.

Dès réception de ce document, la psychologue du travail prendra contact avec l'agent pour la mise en place du soutien psychologique.

### ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

---

Type d'établissement :

- Collectivités territoriales
- Services pénitentiaires
- Services judiciaires

Nom : .....

Référent au sein de l'établissement : .....

Numéro de téléphone : .....

Courriel : .....

### DEMANDE D'INTERVENTION

---

**Intervention demandée à l'initiative de :**

- Médecin ou infirmière de prévention
- Etablissement employeur
- Agent

**Intervention demandée pour :**

Nom et Prénom de l'agent : .....

Date de naissance : .....

Numéro de téléphone : .....

Courriel : .....

Poste occupé : .....

**Absentéisme :**

L'agent est actuellement :

- En arrêt
- En activité

Au cours de l'année glissante, l'agent a :

- Cumulé un minimum de 45 jours d'arrêt ou présenté au moins 3 arrêts
- N'a pas cumulé un minimum de 45 jours d'arrêt ou présenté au moins 3 arrêts

**Modalités d'intervention :**

Délai d'intervention souhaité : .....

Jours non travaillés ou indisponibles : .....

.....

**LIBRE CONSENTEMENT DE L'AGENT**

---

*Pour votre entière information, dans le cadre d'un suivi effectué par l'intervenant du Centre de Gestion, votre employeur sera destinataire de votre convocation, afin de vous permettre de vous rendre disponible pour ce rendez-vous en toute quiétude. Cette démarche est une condition sine qua none à la mise en place du suivi.*

Je soussigné(e) ..... (Nom et Prénom de l'agent)  
accepte par libre consentement de rencontrer le Psychologue du Travail.

Date : .....

Signature de l'agent

La psychologue du Travail garantit la confidentialité des propos de l'agent comme le stipule le code de déontologie des Psychologues.

**Document à retourner complété 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**