

DEMANDE DE VISITE MEDICALE PARTICULIERE

- ⊖ Collectivité.....
- ⊖ Personne à contacter : Nom-prénom :...../qualité :.....
Courriel :.....téléphone.....

Renseignements sur l'agent :

- ⊖ Nom marital: Prénom :.....
- ⊖ Nom de jeune fille : Date de naissance :/...../.....
- ⊖ Situation statutaire :
 Fonctionnaire => titulaire stagiaire Non titulaire de droit public de droit privé
Nature et période du contrat :.....- du/...../..... au/...../.....
- ⊖ Fonctions occupées :/ancienneté dans le poste :.....
- ⊖ Durée hebdomadaire de service :.....
- ⊖ Horaires de travail :.....
- Agent appelé à manipuler des denrées alimentaires : oui non
- ⊖ Coordonnées du médecin traitant :
- ⊖ Votre agent est : en activité : à temps complet à temps non complet à temps partiel
thérapeutique : quotité :.....% depuis .../.../.....au.../.../.....
 en congé : précisez lequel :

Visite à la demande....(cochez la case correspondante)
 de la Collectivité employeur - Préciser le type de visite :

- Embauche** - indiquer la date du recrutement :...../...../.....
Coordonnées du service de santé précédent :

 visite de reprise, suite à quel congé :

Indiquer la date de début et de fin d'arrêt :/...../..... -/...../.....

- à temps complet à temps partiel thérapeutique

 visite de pré-reprise (joindre l'accord écrit de l'agent)

Remarque : En principe, les agents en arrêt n'ont pas à être convoqués en visite médicale, une visite de pré-reprise est toutefois possible, mais requiert l'accord de l'agent et les préconisations seront très limitées.

 visite de surveillance particulière : précisez :

- Personne reconnue travailleur handicapé
- Femme enceinte, venant d'accoucher et/ou allaitantes
- demande de compatibilité médicale :
 - pour délivrance d'habilitation (habilitation électrique, autorisation de conduite)
 - aménagement du poste occupé changement d'affectation/reclassement
 - autres (à préciser dans l'encart ci-après) - **L'agent doit systématiquement être informé du motif de la visite.** Une copie du courrier d'information pourra être transmis au service médical. En cas de méconnaissance de l'agent la visite sera annulée.

 rapport du médecin dans le cadre d'une demande **de reconnaissance de maladie professionnelle**

de l'agent (joindre le courrier de l'agent)

du médecin traitant (joindre le certificat médical sous pli confidentiel)

Précisez les circonstances motivant votre demande :

.....

.....

.....

.....

Fait le à

Signature et cachet de la Collectivité

Le présent document accompagné des pièces justificatives indiquées dans le tableau en annexe est à adresser au :

Centre de gestion de la Marne – Pôle Prévention et Santé au Travail
Service de médecine préventive
11, rue Général Edmond BUAT – 51000 CHALONS EN CHAMPAGNE
 medecine@cdg51.fr

Document	Type de visite								
	VM particulière	Reco. maladie prof.	Visite de reprise				embauche	Aménag. de poste	Changt. d'affectation/ reclassement
			Après CMO	Après CLM CLD	Après AT/MP	Après congé mat. /parental			
Fiche de poste	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ (FP actuelle et de reclassement)	
Historique des postes occupés avec descriptif précis des tâches effectuées		✓			✓			✓	
Déclaration d'AT/MP					✓				
Certificats médicaux en AT/MP mentionnant les lésions		✓			✓				
Certificat d'habilitation détenue par l'agent le cas échéant	✓ (VM pour habilitation)						✓	✓	
Historique des arrêts de travail	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
Conclusions administratives de l'expertise le cas échéant		✓			✓			✓	
Éléments médicaux en possession de l'agent (sous pli confidentiel médical)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	