



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 du Général Edmond Buat - 51000 Châlons-en-
Champagne
Téléphone : 03 26 69 99 13 / courriel : medecine2@cdg51.fr