

**CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE LA MARNE  
POLE PREVENTION ET SANTE AU TRAVAIL**

**DEMANDE DE VISITE MEDICALE  
SUIVI MEDICAL PARTICULIER  
(article 21 décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié)**

- ⇒ 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  
*Nature et période du contrat :..... - du ...../...../..... au ...../...../.....*  
 Non titulaire de droit privé  
*Nature et période du contrat :..... - du ...../...../..... au ...../...../.....*
- ⇒ Durée hebdomadaire de service :.....
- ⇒ Horaires de travail :..... Amplitude journalière :.....
- ⇒ Fonctions occupées : ...../ancienneté dans le poste :.....  
Agent appelé à manipuler des denrées alimentaires :  oui  non
- ⇒ Coordonnées du médecin traitant : .....

**Situation actuelle de l'agent (cochez la case correspondante)**

- en activité :  
 à temps complet  à temps non complet  
 à temps partiel thérapeutique : quotité :.....% - dates de début et fin : ...../...../.....-...../...../.....
- en congé :  
 maladie ordinaire  longue maladie  longue durée  grave maladie  
 Accident de service  maladie professionnelle  
 Disponibilité d'office

**Objet de la demande de visite médicale (cochez la case correspondante)**

***Visite à la demande....***

**de la Collectivité employeur - Préciser le type de visite :**

Embauche - indiquer la date du recrutement :...../...../.....

Coordonnées du service de santé au travail chargé du suivi médical de l'agent sur son poste précédent le cas échéant :.....  
.....

visite de reprise après :

- maladie professionnelle     accident de service
- congé maladie ordinaire     congé longue maladie, longue durée
- congé grave maladie

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

Le cas échéant, date du dernier avis du CMU : ...../...../.....

Reprise après congé maternité/parental

*Pour l'ensemble des visites de reprise, préciser les modalités de reprise :*

à temps partiel thérapeutique

à temps complet

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

visite de surveillance particulière : précisez :

- Personne reconnue travailleur handicapé
- Femme enceinte, venant d'accoucher et/ou allaitantes

demande d'aptitude médicale pour délivrance d'habilitation (habilitation électrique, autorisation de conduite)

- aménagement du poste occupé
- changement d'affectation/reclassement
- autres (à préciser dans l'encart p.3) - **L'agent doit être informé de cette démarche.**

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 : .....

.....

.....

.....

.....

**L'urgence de la demande de rendez-vous fera l'objet d'un examen attentif du service de médecine préventive du Centre de gestion, compte tenu des précisions fournies par la collectivité employeur, et notamment de la motivation de la demande**

*Remarque : En principe, les agents en arrêt n'ont pas à être convoqués en visite médicale, excepté dans la perspective de leur reprise d'activité (visite de reprise ou visite de pré-reprise)*

Fait le ..... à .....

Signature et cachet de la Collectivité

**ATTENTION** : Dans le cadre de la prise en charge d'un agent pour lequel il existe une **suspicion de conduite addictive** (alcool, drogue, etc...), il appartient à la collectivité de joindre au présent formulaire sous pli « confidentiel médical » copie du courrier adressé à l'agent informant ce dernier du **motif de la visite**. A défaut de présentation de ce courrier, la visite médicale ne pourra être organisée.

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 Carnot – CS 10105 - 51007 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX  
✉ [medecine@cdg51.fr](mailto:medecine@cdg51.fr) –

EN L'ABSENCE DE RECEPTION DE **LA TOTALITE DES PIECES INDIQUEES** DANS LE PRESENT FORMULAIRE **AU PLUS TARD 8 JOURS** AVANT LA DATE FIXEE PAR LE SECRETARIAT MEDICAL, LA VISITE SERA REPORTEE.

**Liste des documents à fournir par type de visite médicale avec le médecin de prévention du CDG 51 (en complément du présent formulaire)**

Document	Type de visite								
	SM particulière	Recon. maladie prof.	Visite de reprise				embauche	Aménagem. 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 uniquement)						✓		✓
Historique des arrêts de travail	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓
Conclusions administratives de l'expertise le cas échéant		✓			✓				✓
Avis concordant médecin traitant/médecin agréé (temps partiel thérapeutique)			✓	✓	✓				
Eléments médicaux en possession de l'agent (sous pli confidentiel médical)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓