



- Demande de contre-visite
- Demande d'expertise médicale

**EMPLOYEUR**

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Nom du correspondant : .....

Fonction : .....

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

*L'employeur autorise NEERIA à transmettre les conclusions administratives au Centre de Gestion de la Marne*

**AGENT A CONTROLER (à remplir obligatoirement)**

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro de sécurité sociale : .....  CNRACL  Non CNRACL

Profession : .....

**Merci d'indiquer l'adresse où l'agent où l'agent peut être visité :**

N° et rue : .....

Lieu-dit / Quartier : .....

Bât. : ..... Etage : ..... Esc. : .....

N° Appart. : ..... Code d'accès : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. ou portable : ..... Chez : .....

**EVENEMENT / NATURE DE L'ARRET (à remplir obligatoirement)**

- Maladie  Accident de service  Accident de trajet  Longue maladie / longue durée
- Maladie professionnelle

Date d'origine de l'arrêt : / /    Date de fin d'arrêt : / / \_

Dernière prolongation prescrite du / / au / /    Si rechute, déclarée le : / / \_ / \_ / \_ / \_

**Sorties inscrites sur le certificat médical (à remplir uniquement pour une demande de contre visite médicale) :**

- Sorties non autorisées  Présence obligatoire de 9h à 11h et de 14h à 16h  Libres\*
- Autres types de sorties : de ..... h à ..... h

*\* Indiquer les coordonnées téléphoniques de l'agent pour convocation*

**Eléments qui motivent la demande d'expertise (à remplir obligatoirement)**

.....

.....

.....

*Tous les documents relatifs à l'évènement doivent être en possession de votre gestionnaire. Si tel n'est pas le cas, merci d'annexer les pièces manquantes à cet imprimé.*

Nom du médecin prescripteur (facultatif) : .....

Exerçant à :  Généraliste  Spécialiste en : .....

**Merci d'indiquer les prochaines dates de congés annuels de l'agent (pour la fixation du rendez-vous d'expertise) :** .....

Date : .....

Cachet et signature :

# MANDAT AU CENTRE DE GESTION

Je soussigné(e)....., Maire (Président)  
de.....mandate le Centre de Gestion pour  
effectuer un **contrôle médical** concernant l'arrêt de travail de  
M.Mme.....prescrit par le Docteur.....  
..... le.....jusqu'au.....

Fait à .....  
Le .....

Le Maire (Président)

# MANDAT AU CENTRE DE GESTION

Je soussigné(e) ..... , Maire (Président) de  
..... mandate le Centre de  
Gestion pour effectuer une **expertise médicale** concernant l'accident de service  
/maladie professionnelle de M.Mme .....en date du .....

Fait à .....  
Le .....

Le Maire (Président)