

# FORMULAIRE DEMANDE DE VISITE MÉDICALE MÉDECINE DU TRAVAIL

Maison des Communes

## COLLECTIVITE

Collectivité : Contact :  
Téléphone : E-mail :

## AGENT

Nom : Nom de jeune fille :  
Prénom : Date de naissance :  
Téléphone : E-mail :  
Poste / Service : Date d'entrée dans le poste :  
Filière : Statut :  
RQTH déclarée : OUI NON Date de notification :  
Agent relevant du Suivi Individuel Renforcé\* : OUI NON

## MOTIFS DE LA DEMANDE DE VISITE

### Visite initiale d'embauche

Préciser le nom de la collectivité antérieure ou le nom du précédent employeur :

**Visite pour la prescription d'un aménagement de poste** (autre que la mise en place du temps partiel thérapeutique ou la mise en place de matériel ergonomique)

### Visite de reprise :

après congé maternité après congé parental  
après maladie ordinaire après une longue ou une grave maladie  
après arrêt pour maladie professionnelle après arrêt pour accident de service  
après une disponibilité

### Dans tous les cas préciser :

Date de début de l'arrêt initial : Date de fin de l'arrêt en cours :

### Visite à la demande :

de l'employeur de l'agent du médecin traitant Autre, préciser : .....

Détailler précisément l'objet de la demande, la situation de l'agent et les attendus :

*\*Agent en suivi renforcé: conducteur d'engins (hors tondeuse auto-portée) ; habilitation électrique (hors H0/b0), montage/démontage échafaudage, travail en hauteur, travail de nuit, bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, avec une pathologie particulière, agents exposés à des CMR (amiante, bois, silice).*

## DOCUMENTS A JOINDRE AVEC CETTE DEMANDE

### Document à fournir dans tous les cas :

Fiche de poste nominative, datée et signée (à défaut, fournir la liste des tâches précises)

### Documents à fournir selon les situations :

La déclaration CITIS (accident de service ou maladie professionnelle) ET le certificat médical initial

Le courrier du médecin traitant ou du spécialiste

Les comptes-rendus d'expertise médicales (transmis sous pli médical confidentiel)

Le certificat médical prescrivant l'octroi d'un temps partiel thérapeutique

La reconnaissance RQTH

Autres (*préciser les documents transmis*) :

## CONTACTS

Formulaire à retourner complété par mail à : [medecine.travail@cdg85.fr](mailto:medecine.travail@cdg85.fr)

A réception de ce formulaire, accompagné de l'ensemble des pièces demandées, nous vous transmettrons par mail, des propositions de rendez-vous.

Pour toute question, vous pouvez contacter le service de médecine du travail :

par mail : [medecine.travail@cdg85.fr](mailto:medecine.travail@cdg85.fr)

par téléphone : 02 51 44 10 20 ou 02 55 36 51 68

## POINTS DE VIGILANCE

L'agent doit être informé au préalable du motif de saisine de la visite médicale demandée par la collectivité.

Les visites de reprise ou les visites à la demande de l'employeur ne peuvent pas être programmées durant l'arrêt de travail de l'agent.

Tout formulaire incomplet vous sera retourné et retardera la planification de la visite.

**⚠ Les éléments renseignés sur ce formulaire sont CONFIDENTIELS et à l'usage exclusif du service de médecine du travail du Centre de Gestion.**