

## FORMULAIRE POUR PRÉPARATION VISITE MÉDICALE

ACCIDENT DE SERVICE       DE TRAJET

**À renvoyer au secrétariat de la médecine préventive par e-mail**

COLLECTIVITÉ : \_\_\_\_\_

Personne à contacter : \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Renseignements concernant l'agent

Nom :	Date de naissance :
Prénom : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Nom de jeune fille :
Adresse :	
Grade de l'agent :	
Emploi occupé :	
<b>Joindre obligatoirement la fiche de poste</b>	
Travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Si oui, joindre copie reconnaissance RQTH</b>	Durée hebdomadaire du temps de travail <input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps non complet (précisez) _____ <input type="checkbox"/> Temps partiel (précisez %) _____
<input type="checkbox"/> Stagiaire depuis le _____ <input type="checkbox"/> Titulaire depuis le _____	
Médecin traitant de l'agent : _____	
Adresse : _____	
Téléphone : _____	
Dates de(es) arrêt(s) de travail lié(s) à l'accident : du _____ au _____ du _____ au _____ du _____ au _____	
Le jour de la visite médicale l'agent sera-t-il toujours en arrêt de travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Motif de la visite médicale : <input type="checkbox"/> Rapport du médecin de prévention <input type="checkbox"/> Reprise après accident <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) _____	
<b>Joindre obligatoirement copie de la déclaration d'accident</b>	

**Le jour de la visite médicale, l'agent est prié de se munir des résultats d'examen(s) médical(aux) relatif(s) à l'accident : radiographie(s) ; échographie(s) ; scanner(s) ; IRM ; etc.....**