

**FORMULAIRE POUR PRÉPARATION VISITE MÉDICALE  
MALADIE PROFESSIONNELLE / MALADIE D'ORIGINE  
PROFESSIONNELLE / RECONNAISSANCE DE L'IMPUTABILITÉ**  
*À renvoyer au secrétariat de la médecine préventive par e-mail*

COLLECTIVITÉ : \_\_\_\_\_

Personne à contacter : \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Renseignements concernant l'agent**

<b>Nom :</b>	<b>Date de naissance :</b>
<b>Prénom :</b> <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Nom de jeune fille :
<b>Adresse :</b>	
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 la maladie professionnelle : 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	
<b>Joindre obligatoirement copie du certificat médical initial de constatation des lésions (volet 1) avec siège et nature des lésions.</b>	
<input type="checkbox"/> maladie professionnelle constatée le _____	
<input type="checkbox"/> maladie contractée en service constatée le _____	

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