**Date** **:** …… / …… / …………

**Demande de rendez-vous pour une VISITE DE REPRISE**

Merci de renseigner tous les champs **- A RENVOYER PAR MAIL ~~OU~~ ~~PAR FAX~~ A L’ASSISTANTE DE L’EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE**

 **SOCIETE**

Code adhérent : Raison Sociale :

 Nom et coordonnées de la personne demandant la visite :

 Nom du médecin du travail :

 **SALARIE\***

Nom :

 Nom de jeune fille : Prénom :

 Date de naissance : …… / …… / …………

 Poste de travail / Emploi : Date du début de l’arrêt : …… / …… / …………

 Date de fin de l’arrêt : …… / …… / …………

Date de reprise : …… / …… / …………

Arrêt : **🖵** Absence > à 30 jours pour arrêt maladie

 **🖵** Absence > à 30 jours pour accident de travail

 **🖵** Congé maternité

 **🖵** Maladie professionnelle

 Date de la dernière fiche de visite :

*\* doit être inscrit sur l’Espace Adhérent*

*Se présenter* ***IMPERATIVEMENT*** *lors de cette visite avec les* ***éléments médicaux*** *indispensables en* ***relation avec l’arrêt de travail*** *(radios, ordonnances, compte-rendu médicaux et certificats d’arrêt de travail à demander au médecin traitant).*

**Cachet et Signature :**