**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 :**