DEMANDE DE VISITE MEDICALE

ENTREPRISE : ……...

Nom Salarié : …….Prénom :……..…..……..

Nom de jeune fille (obligatoire) : ……

Date de Naissance :…….. N° de sécurité sociale :……... / ….

Dates d'indisponibilités :……...

◯ EMBAUCHE

Contrat de travail : CDI ☐ CDD ☐ CDI Chantier ☐ Travail Temporaire ☐

Catégorie : A ☐ B ☐ NE ☐

Joindre la fiche d'exposition aux nuisances professionnelles (obligatoire)

+ Autorisation de transfert de dossier (si suivi autre médecine)

◯ CHANGEMENT DE CATEGORIE

Catégorie : A ☐ B ☐ NE ☐

Joindre la fiche d'exposition aux nuisances professionnelles (obligatoire)

◯ REPRISE

Type de reprise : Maladie ☐ Accident du Travail ☐ Maternité ☐

Date de l'arrêt (Obligatoire) : …… Date de reprise : ……..……..

L'Agent doit apporter tous les documents médicaux (radio, compte rendu hospitalisation, PS…) concernant son arrêt.

La visite de reprise est obligatoire après un arrêt de 30 jours pour maladie ou accident du travail (cf : Art R.4624-22 du code du travail)

La visite doit être effectuée dans un délai de 8 jours à la date de la reprise.

Assurez-vous que le salarié n'est plus en arrêt (suspension du contrat de travail) le jour de sa reprise.

En cas d'absence à la visite, celle-ci sera facturée, exception faite d'une prolongation, auquel cas nous fournir la preuve.

◯ A LA DEMANDE DE L'EMPLOYEUR (VM occasionnelle)

Date : …… Cachet de l'entreprise & Nom et Signature (Obligatoire) :

AMT Marcoule – PRAE Marcel Boiteux – BP 18001 – 30205 Bagnols sur Cèze Cedex
accueilamt@amt-marcoule.fr – Tel : 04 66 39 67 00 – Fax : 04 66 39 54 68