



CENTRE DE GESTION DE LA
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Village des Collectivités Territoriales
1 avenue de Tizé - CS 13600 - 35236 THORIGNÉ-FOUILLARD CEDEX - Téléphone 02 99 23 31 00 - Télécopie 02 99 23 38 00 - E-mail : contact@cdg35.fr - www.cdg35.fr

FORMULAIRE DEMANDE DE VISITE MEDICALE

Références collectivité :

Nom de la collectivité :

Nom du référent du dossier :Numéro de téléphone :

Références de l'agent concerné :

Nom et prénom de l'agent :

Numéro de téléphone portable personnel de l'agent :

Durée hebdomadaire de travail :

Statut (*Cocher la case correspondante*) :

- IRCANTEC (contractuel, stagiaire et titulaire de moins de 28 heures par semaine)
 CNRACL (stagiaire et titulaire de plus de 28 heures par semaine)

Demande de visite : pour toute demande de visite, fournir la fiche d'accueil des nouveaux embauchés, la fiche de poste et le document d'autorisation d'accès au dossier médical signé par l'agent.

Demande d'une Visite Information et de Prévention (VIPi) :

Bénéficiaire RQTH (*Cocher la case correspondante*) : Oui Non

Date de prise de poste : Poste occupé :

Poste nécessitant (*Cocher la case correspondante*) : Une autorisation de conduite/Caces Une habilitation électrique

Travail de nuit : Oui Non (En cas d'insuffisance d'informations permettant la bonne orientation vers le professionnel de santé du service, le personnel infirmier pourrait réorienter l'agent vers le médecin sans réaliser la visite, la collectivité serait alors facturée deux fois).

Demande d'une visite de reprise :

Période d'arrêt :

Poste occupé :

Précisions sur la demande :

.....
.....
.....

Demande d'une visite de surveillance particulière :

Période d'arrêt (en cas d'accident ou maladie contractée en service, fournir le certificat initial du médecin traitant) :

.....

Poste occupé :

Objet de la demande (merci d'informer l'agent du motif de la visite) :

.....
.....
.....