

**FICHE A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR**

Renseignements employeur			
Nom de la collectivité/établissement			
Personne qui effectue la demande		Date de la demande	
Renseignements agent			
Nom d'usage :		Prénom(s) :	
Nom de famille :		Date de naissance :	
Adresse :		Téléphone personnel :	
		Mail personnel :	
Date dernière visite :		RQTH (facultatif) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Renseignements emploi de l'agent		<b>FICHE DE POSTE ACTUELLE OBLIGATOIRE POUR TOUTE DEMANDE DE RDV</b>	
Position statutaire :	Titulaire <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/>		
	Non titulaire : Contractuel de droit public <input type="checkbox"/> Contractuel de droit privé <input type="checkbox"/>		
Type de contrat :			
Intitulé de l'emploi :			
Temps de travail :			
<input type="checkbox"/> Temps complet			
<input type="checkbox"/> Temps non complet précisez : .....h			
<input type="checkbox"/> Temps partiel : précisez le pourcentage du temps complet : .....%			
Particularités du poste	<input type="checkbox"/> Autorisation de conduite (CACES) – Joindre l'attestation de formation		
	<input type="checkbox"/> Habilitation électrique – Joindre l'attestation de formation		
	<input type="checkbox"/> Exposition à des risques particuliers – Joindre la fiche individuelle d'exposition		
	<input type="checkbox"/> Autre : .....		
Type de RDV demandé (motif)			
<input type="checkbox"/> Visite initiale :			
Date d'embauche :			
<input type="checkbox"/> Visite de pré-reprise		<input type="checkbox"/> Visite de reprise	
Date de début de l'arrêt :		<input type="checkbox"/> Demande de maladie professionnelle – rdv destiné à l'établissement d'un certificat en vue d'une demande de reconnaissance de maladie professionnelle	
Date de fin de l'arrêt :			
Date de reprise du travail :			
<input type="checkbox"/> Reprise après maternité <input type="checkbox"/> Reprise après maladie			
<input type="checkbox"/> Reprise après accident travail/maladie professionnelle			
<input type="checkbox"/> Visite à la demande de l'employeur *		<input type="checkbox"/> Visite à la demande de l'agent *	
<input type="checkbox"/> Visite à la demande d'un médecin ou du conseil médical		<input type="checkbox"/> Demande d'aménagement de poste *	
*Description détaillée du motif de visite à la demande :			

Les informations recueillies dans ce formulaire seront utilisées à des fins strictement professionnelles et exclusivement par le service de médecine préventive du CDG 81. L'agent sera informé dans sa convocation qu'il dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données qui le concernent sous certaines conditions auprès du service de médecine préventive du CDG 81