**Pôle Santé et Sécurité au Travail**

***Fiche de demande de RDV Médical  
à retourner par mail***

secretariat.medecine@cdg82.fr

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Demande de rdv medical** |  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Renseignements employeur** | | | |
| **Nom de la collectivité/établissement** | Commune de… | | |
| **Personne qui effectue la demande** | Nom, fonction… | **Date de la demande** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Renseignements agent** | | | |
| **Nom d’usage :** |  | **Prénom(s) :** |  |
| **Nom de famille :** |  | **Date de naissance :** |  |
| **Adresse :** | ……..  CP Ville | **Téléphone professionnel:** |  |
| **Téléphone personnel :** |  |
| **Mél professionnel :** |  |
| **Situation familiale :** | Célibataire, marié(e), veuf(ve),…. | **Mél personnel :** |  |
| **Nombre d’enfants :** |  | **RQTH – Handicap :** | □ Oui □ Non |
| ***Renseignements emploi de l’agent – FICHE DE POSTE OBLIGATOIRE POUR TOUTE DEMANDE DE RDV*** | | | |
| **Position statutaire :** | Titulaire □ Stagiaire □ | | |
| Non titulaire : Contractuel de droit public □ Contractuel de droit privé □  Type de contrat : apprentissage, CDD, … | | |
| **Intitulé de l’emploi occupé** |  | **Temps de travail** | □Temps complet  □ Temps non complet précisez : ………….……h  □ Temps partiel**:** précisez le pourcentage du temps complet : ………….……% |
| **Descriptions des missions principales** |  |
| **Particularités du poste Fiche de poste obligatoire pour toute demande de RDV** | □ Autorisation de conduite (CACES) *– Précisez le type d’autorisations :*  □ Habilitation électrique *– Précisez le niveau d’habilitations :*  □ Transport de personnes □ Conduite professionnelle / PL  □ Travail en hauteur □ Autre : ………… | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de RDV demandé (motif)** | | |
| **□ Visite d’embauche**  Date d’embauche : | | **□ Visite périodique** |
| **□ Visite de reprise**  Date de début de l'arrêt :  Date de fin de l'arrêt :  Date de reprise du travail :  □ Reprise après maternité □ Reprise après maladie  □ Reprise après accident travail/maladie professionnelle | | **□ Demande de maladie professionnelle** – *rdv destiné à l’établissement d’un certificat en vue d’une demande de reconnaissance de maladie professionnelle* |
| **□ Visite à la demande de l’employeur**  Précisions sur la demande : | | **□ Visite à la demande de l’agent**  Précisions sur la demande : |
| **□ Visite à la demande d’un médecin ou d’instance médicale (CM-CR)** Précisions sur la demande : | | **□ Demande d’aménagements de poste**  Précisions sur la demande : |
| **Autres demandes, précisions** *(ex : demande de RDV avec notre psychologue, correspondante handicap, description de vos interrogations...)* |  | |

*Les informations recueillies dans ce formulaire seront utilisées à des fins strictement professionnelles et exclusivement par le pôle Santé et Sécurité du CDG. Votre 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 Pôle SST du CDG82.*