

<Entête ministère du ressort>

Luxembourg, le <Date>

Docteur Claude WEYDERT
Division de la Médecine de Contrôle
du Secteur public
35, rue de Bonnevoie
L-1260 Luxembourg

**Concerne : Examen de contrôle de <M. /Mme> <Prénom > <Nom>
(Matricule : xxxx xx xx xxx)**

Monsieur le docteur,

Conformément à l'article 4 de la loi du 19 décembre 2008 portant création de l'Administration des Services médicaux du Secteur public et à l'article 12.1 du règlement grand-ducal du 5 mars 2004 concernant la santé et la sécurité du travail et le contrôle médical dans la fonction publique, je vous prie de bien vouloir soumettre à un examen médical de contrôle <M. /Mme> <Prénom > < Nom>, demeurant à <adresse>, <fonction> auprès de <Ministère ou Administration>, en congé de maladie depuis le <Date>.

Les certificats médicaux d'incapacité de travail afférents sont joints en annexe.

Veillez agréer, Monsieur le docteur, l'assurance de ma parfaite considération.

<Signature du chef de l'administration ou de son délégué>