



## DEMANDE D'UN EXAMEN MEDICAL SUR SIMPLE DEMANDE ECRITE D'UN AGENT

Conformément à l'article 6.1 du règlement grand-ducal modifié du 5 mars 2004 concernant la santé et la sécurité au travail et le contrôle médical dans la fonction publique, cette demande doit être transmise au médecin du travail par **voie hiérarchique**.

### 1. Saisie

#### Personne à examiner

Nom et prénom(s):

Matricule:

Adresse privée:

Téléphone:

Email:

Statut:

Fonctionnaire

Employé(e)

Travailleur handicapé/reclassé:

Oui (\*)

Non

#### Poste de travail:

Administration:

Service d'affectation, Adresse:

Responsable compétent :

Nom:

Téléphone:

Email:

Fax:

\* documents à présenter au médecin du travail au moment de l'examen: rapport médical détaillé, lettre de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé



Veillez saisir une seconde fois le nom et le matricule de la personne à examiner:

Nom et prénom(s):

Matricule:

### Poste de travail:

---

CITP-08:

Poste de travail:

Missions:

Risques:

## 2. Signature

Lieu:

Date:

Nom et signature  
de l'agent: