



DEMANDE D'UN EXAMEN MEDICAL PERIODIQUE

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:

Date du dernier examen
périodique:

2. Signature

Lieu:

Date:

Nom et signature
du responsable:

Cadre réservé à la Division de la santé au travail

Prière de remettre au candidat la fiche d'informations pratiques et le questionnaire médical.

Et de lui communiquer le rendez-vous:

Date:

Heure: