



Centre de Gestion
de la Fonction Publique Territoriale
Du Gard

SERVICE MEDECINE PREVENTIVE

Secrétariat : 04 66 38 64 77 ou 04 66 38 86 91

Fax : 04 66 38 64 81

E-mail : medecine.preventive@cdg30.fr

FORMULAIRE POUR PREPARATION VISITE MEDICALE

ACCIDENT DE SERVICE

DE TRAJET

A renvoyer au secrétariat de la médecine préventive

COLLECTIVITE : _____

Personne à contacter : _____

Tél. _____ Mail _____

Renseignements concernant l'agent

Nom : _____ Date de naissance : _____

Prénom : _____
 Féminin Masculin

Nom de jeune fille : _____

Adresse : _____

Grade de l'agent : _____

Emploi occupé : _____

Joindre obligatoirement la fiche de poste

Travailleur handicapé : oui non

Durée hebdomadaire du temps de travail
 Temps complet Temps non complet (précisez) _____
 Temps partiel (précisez %) _____

Si oui, joindre copie reconnaissance RQTH

Stagiaire depuis le _____ Titulaire depuis le _____

Médecin traitant de l'agent : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Dates de(es) arrêt(s) de travail lié(s) à l'accident :

du _____ au _____

du _____ au _____

du _____ au _____

Le jour de la visite médicale l'agent sera-t-il toujours en arrêt de travail : OUI NON

Motif de la visite médicale :

Rapport du médecin de prévention Reprise après accident
 Autre (à préciser) _____

Joindre obligatoirement copie de la déclaration d'accident

Le jour de la visite médicale, l'agent est prié de se munir des résultats d'examen(s) médical(aux) relatif(s) à l'accident : radiographie(s) ; échographie(s) ; scanner(s) ; IRM ; etc.....