



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](mailto:medecine.preventive@cdg30.fr)

**FORMULAIRE POUR PREPARATION VISITE MEDICALE  
MALADIE PROFESSIONNELLE / MALADIE D'ORIGINE  
PROFESSIONNELLE / RECONNAISSANCE DE L'IMPUTABILITE**  
*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) \_\_\_\_\_

**Si oui, joindre copie reconnaissance RQTH**

Temps partiel (précisez %) \_\_\_\_\_

Stagiaire depuis le \_\_\_\_\_  Titulaire depuis le \_\_\_\_\_

Médecin traitant de l'agent : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Dates de(es) arrêt(s) de travail lié(s) à la maladie professionnelle :

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

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

**Joindre obligatoirement  
copie du certificat médical initial de constatation des lésions (volet 1)  
avec siège et nature des lésions.**

maladie professionnelle constatée le \_\_\_\_\_

maladie contractée en service constatée le \_\_\_\_\_

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