**DEMANDE de Visite médicale particulière (VMP)**

**Collectivité** ……………………………….

**Personne à contacter** (qui connait la situation de l’agent ………………..

**Téléphone** (portable si possible) ……………………………..

Visite à la demande de l’employeur 🗖

Visite à la demande de l’employé 🗖

Visite suite à l’entretien infirmier 🗖

**Agent (Nom, prénom)** ………………………………….

**Type de contrat**

Titulaire🗖 Stagiaire🗖

CDI 🗖 CDD 🗖

**Ancienneté dans le poste** …………………….

**Temps de travail hebdomadaire** ………….

**Amplitude journalière** ………………………..

**Horaires de travail** ………………………….

 Réguliers 🗖 Variables🗖

**LA DEMANDE**

**L’agent est en arrêt** oui 🞏 non 🞏

 Si oui : depuis le ………………………………….

 Date de reprise prévue : ………………………………

**Motifs** (voir page 2) MO  AS  MP  CLM  CLD  Grave maladie 

 (Si CLM CLD Grave maladie = transmettre le dernier PV du Comité Médical

 Si AS ou MP = transmettre le dernier PV de la Commission de réforme ou l’arrêté de reconnaissance de la collectivité).

**Difficultés de l’agent pour effectuer ses missions (merci d’être le plus précis possible)**

**Quelles sont les questions posées au médecin de prévention ? (Aménagement de poste, restrictions au poste, reclassement, problème d’addiction, dossier MDPH…)**

Les rendez-vous pour les VMP seront donnés après étude de la demande et réception des pièces demandées, **la fiche de poste NOMINATIVE étant une pièce indispensable à toute demande.**

**Préconisation de la médecine préventive (CDG)** :

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **LEGENDE :**
* VMP Visite Médicale Particulière
* MO Maladie Ordinaire
* AS Accident de service
* MP Maladie Professionnelle
* CLM Congé de longue maladie
* CLD Congé de longue durée