

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONTROLE MEDICAL

**CONTROLE MEDICAL**       **EXPERTISE MEDICALE**

**Code client : 412**

Date d'envoi de la demande : .....

**RAISON SOCIALE ...**

**Etablissement demandeur :**

Téléphone du demandeur :

E-mail des demandeurs : .....

NOM DU SALARIE: ..... PRENOM : .....

NOM DE JEUNE FILLE : ..... N° TEL. DU SALARIE .....

Matricule.....

**FONCTIONNAIRE**       **CONTRACTUEL** Mail Du salaire/

Né(e) le : ..... N° sécurité sociale : .....

Adresse de visite : .....

Esc. : ..... Bât : ..... Code portier

Ville de l'agent : ..... Code Postale.....

Pays.....

Médecin prescripteur : .....

Arrêt pour :     MALADIE                       ACCIDENT

Date arrêt du ..... au ..... Date AT : .....

Prolongation du ..... au .....

Heures de présence 9h/11h-14h/16h                       Sorties libres avec convocation                     

Sorties non autorisées                       **Convocation : Domicile**                     

**Cabinet**                     

**Convocation choisie par :**

Transporteur                                            Lettre recommandée                     

Télégramme                                            Lettre suivie                     

### **ACTION A REALISER :**

**Demande de contrôle à domicile**                     

Catégorie de la demande **URGENTE** (Jour J si demande envoyée avant 10h ou J+1)                     

Catégorie de la demande **NON URGENTE** ( Max 3 jours ouvrables)                     

Pour un contrôle week-end et jours fériés cocher la case                     

.....

### **OBSERVATIONS :**

Adresse du Service Médical de la CPCAM (régime général) dont dépend le  
salarié : .....