

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 :