VISITE MEDICALE A LA DEMANDE DE L'EMPLOYEUR

Questionnaire à adresser à santeautravail@uca.fr
Avec l'agent concerné en copie

demandeur :	Agent concerné
NOM : …….	Nom :
Tel : … … … … …	Date de naissance : … / … / ….
	Service, Laboratoire, Département : ……
	Supérieur hiérarchique référent : (ex : Doyen, dir UFR, RA…)
	…….

Date de la demande : … / … / ….

Motif de la demande : (ex : reprise après COM>31 jours, difficultés professionnelles, reclassement, conflit au travail, grossesse, embauche, accident de service)
……

Question (s) posée (s) au médecin : (*exemple : compatibilité état de santé avec nouvelle affectation proposée, aptitude spécifique conduite, manutention, nécessité d'une surveillance médicale particulière, nécessité d'un aménagement, rapport pour commission de réforme*)

……
……
……
……

Contexte, historique, autres remarques : (*exemples : dates des congés maladies, rendez-vous cellule accompagnement des personnels, problématique conflictuelle, taches de travail difficilement réalisées*)

……
……
……
……
……
……

Echéances connues : (*exemples : date de reprise, date commission de réforme, date bilan de compétence, date prise de fonction*)

……
……

Service de Santé au Travail du Personnel UCA & Associés
Infirmerie Maison de la Vie Etudiante
7 Place Vasarely, 63178 AUBIERE

04 73 40 70 40

santeautravail@uca.fr