

VISITE MÉDICALE A LA DEMANDE DE L'EMPLOYEUR

Questionnaire à adresser à santeautravail@uca.fr

Avec l'agent concerné en copie

Demandeur :

NOM :

Tél :

Agent concerné :

NOM :

Date de naissance :

Service, Laboratoire, Département :

Supérieur hiérarchique / référent : (ex : Doyen, dir UFR, RA...)

Date de la demande :

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

Question(s) posée(s) au médecin : (exemples : 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, tâches de travail difficilement réalisées)

Échéances connues : (exemples : date de reprise, date commission de réforme, date bilan de compétences, date prise de fonction)