SSTMC
Votre partenaire Prévention

VISITE DE REPRISE

DEMANDE DE VISITE DE REPRISE

Merci de bien vouloir remplir ce formulaire et de le retourner complété
par mail à contact.saint-gaudens@sstmc.fr ou au secrétariat du médecin

Date : ……

Je soussigné *(nom et prénom du responsable)* ……

Employeur de l'entreprise ou structure : ……

N° Adhérent : …… Suivie par le Docteur : ……

Demande une **visite de reprise** du travail pour le salarié / agent suivant :

Nom : …… **Prénom** : …… **Sexe :** ☐ **M** ☐ **F**

Poste de travail : ……

Suite à* : ☐ **un congé de maternité**

☐ **une absence pour cause de maladie professionnelle**

☐ **une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident de travail**

☐ **une absence d'au moins 60 jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel**

Arrêt de travail du …… **au** ……

Reprise effective le ……

* *(Cochez les cases correspondantes) - La demande ne sera traitée qu'à réception des informations complétées sur la base des déclarations de l'employeur*

Cachet de l'entreprise **Signature**