

FICHE DE DEMANDE DE CONSULTATION MÉDICALE

SERVICE MÉDECINE DE PRÉVENTION

✉ 20 Rue St Jacques – BP709 – 59033 LILLE Cedex - **03 20 15 62 06**

 ce.medprev@ac-lille.fr

Merci de nous retourner cette demande renseignée par mail ou par courrier.
Votre demande sera traitée dans les meilleurs délais.

Nota : Si vous avez été reçu en médecine de prévention, merci de nous indiquer par qui, en cochant la case correspondante :

Dr BERNARD Dr FINCK Dr MALFATTO Dr ROOSE Mme POUTRAIN

Renseignements usagers (Merci d'écrire lisiblement en majuscules)

<u>Nom/Prénom</u> :		<u>Nom de naissance</u> :	
<u>Date de naissance</u> :		<u>Grade/Discipline</u> :	
<u>Lieu d'affectation</u> :			
<u>Adresse personnelle</u> :			
<u>Téléphone</u> :		<u>E-mail</u> :	

Si vous êtes bénéficiaire d'une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé cochez la case :

RQTH VALIDE DEMANDE DE RQTH EN COURS

Veillez renseigner votre position administrative au jour de la demande:

ACTIVITE COM (Congé Ordinaire de Maladie) CLM (Congé Longue Maladie)
 CLD (Congé Longue Durée) CGM (Congé Grave Maladie) DO (Disponibilité d'Office)
 PACD (Poste Adapté de Courte Durée) PALD (Poste Adapté de Longue Durée)
 TPT (Temps Partiel Thérapeutique) AT (Accident de Travail)
 AUTRE SITUATION (Précisez) :

Motif de la demande à détailler : (Indispensable)