



cmsm

la santé au travail

Demande de visite de reprise - Service du Dr

N° Adhérent :

Date de la demande :

Nom du déclarant :

Raison Sociale :

Téléphone :

Adresse :

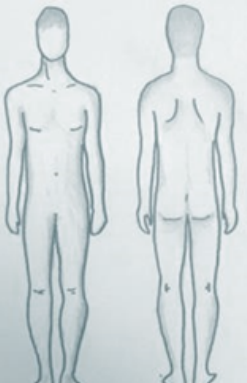
Téléphone :

Fax :

NOM et NOM DE JEUNE FILLE	Prénom	Date de naissance	*Code PCS-ESE	Poste de travail	Nombre de jours d'arrêt	Type d'arrêt				Date de début d'arrêt	Date de reprise
						Maternité	Maladie	Accident du travail	Maladie professionnelle		

*La nomenclature PCS-ESE (Professions et Catégories Socioprofessionnelles des Emplois Salariés d'Entreprise) sert aux entreprises du secteur privé à codifier la profession de leurs salariés dans les formulaires administratifs. Pour connaître cette nomenclature, veuillez suivre le lien suivant <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>

SI REPRISSE SUITE A ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE, REMPLIR LE TABLEAU SUIVANT :

Date de l'AT/MP	Circonstances de l'AT/MP	Indiquer la/les partie(s) du corps atteinte(s)	Décrire brièvement l'atteinte (exemples : coupure, brûlure, mal de dos...)
			

Avez-vous effectué une analyse des causes de l'AT ou de la MP ?

OUI NON Pourquoi ?

Souhaitez-vous, pour l'analyse des causes de l'AT/MP :

UNE INFORMATION

UNE FORMATION A LA METHODOLOGIE D'ANALYSE

UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

AUCUN BESOIN

En cas de souhait exprimé, un Intervenant en Santé Travail du CMSM vous contactera dans les meilleurs délais.