

## SOLLICITATION D'UNE VISITE

### À LA DEMANDE DE L'AGENT

#### VOS INFORMATIONS

Employeur public :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Âge :

Adresse :

N° Portable :

Courriel :

#### VOTRE DEMANDE

Date d'arrêt de travail :

Motif(s) de votre demande :

Date de reprise envisagée :

Vos disponibilités :

*(les visites «à la demande» ont lieu sur Luisant, dans les locaux du CDG) :*

**Merci d'adresser ce formulaire complété, par courriel, accompagné des justificatifs médicaux si nécessaire  
à l'adresse : [medecine.preventive@cdg28.fr](mailto:medecine.preventive@cdg28.fr).**

Date :

Signature :

