

Service Intercommunal de Médecine Professionnelle et Préventive

Fiche de renseignements SIMPro

Collectivité : _____

Personne référente à contacter : _____

Qualité : _____

Téléphone :/...../...../...../.....

Nom Prénom de l'agent convoqué : _____

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Statut de l'agent : Fonctionnaire / Stagiaire Contractuel

Si contractuel CDD : Date embauche : .. / .. / Date fin : .. / .. /

Type de contrat (remplacement, accroissement temporaire, saisonnier, apprenti...) : _____

Direction /Service / Lieu de travail : _____

Métier (Transmettre la fiche de poste) : _____

Vérifier si besoin avis médical pour attestation spécifique (habilitation électrique, autorisation de conduite, port d'armes...) : **NON / OUI**

Précisez : _____

Expositions spécifiques (produits chimiques, bruit, travail de nuit ...) : **NON / OUI**

Précisez : _____

Temps de travail :

Temps complet

Temps non complet/partiel (*précisez la durée hebdomadaire du travail*): _____

Temps de travail annualisé

Temps Partiel Thérapeutique : _____%

RQTH (travailleur handicapé)

Femme enceinte

Motif de la visite:

- Visite médicale d'embauche / Titularisation
- Visite périodique

- Visite de reprise
 - après maternité,
 - après maladie ordinaire, CLM/CLD/CGM,
 - maladie professionnelle /accident de travail /de service / de trajet,

- Visite à la demande de :
 - l'agent,
 - du médecin traitant ou du médecin conseil (agents du régime général),
 - Comité Médical / Commission de Réforme
 - de l'Employeur,
 - du Médecin de Prévention,
 - Autre, précisez :

- Entretien médico-professionnel

- Visite dans le cadre d'une PPR (Période de Préparation au Reclassement)

Si l'agent est en arrêt ou en reprise suite à maladie au moment de la demande de visite:

Position de l'agent (CMO, AT/MP, CLM, CLD, Etc...) :

En arrêt depuis le: _____

Avis du Comité Médical ou Commission de Réforme. Date du PV : _____

Certificat médical d'un médecin (à joindre).

Observations : (respecter le secret médical) :
