

## 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) :**

---

---

---

---

---

---

---

---