

DEMANDE D'AVIS AU MEDECIN DU TRAVAIL
(articles R 434 - 34 du Code de la Sécurité Sociale et R 241 - 51 du Code du Travail)**A COMPLETER PAR L'ORGANISME ET A CONSERVER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)**

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|---|----------------------|
| Numéro d'Immatriculation | <input type="text"/> | Profession | <input type="text"/> |
| Nom Patronymique | <input type="text"/> | Dénomination de l'employeur et Adresse de l'établissement d'attache | <input type="text"/> |
| Nom d'Usage (facultatif) Prénom | <input type="text"/> | | |
| Adresse | <input type="text"/> | | |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT OU LA MALADIE

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT DU TRAVAIL | } ▶ DATE <input type="text"/> ▶ NUMERO <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> MALADIE PROFESSIONNELLE | } ▶ DATE <input type="text"/> ▶ NUMERO <input type="text"/> ▶ REFERENCE <input type="text"/> <small>au tableau des maladies professionnelles.</small> |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT DE TRAJET | | | |

| | |
|-----------------------|---|
| ORIGINE DE LA DEMANDE | <input type="checkbox"/> MEDECIN TRAITANT DE LA VICTIME |
| | <input type="checkbox"/> MEDECIN CONSEIL |
| | <input type="checkbox"/> VICTIME |

DESCRIPTIF MEDICAL**■ SIEGE ET NATURE DES LESIONS, ATTEINTE FONCTIONNELLE PREVISIBLE :**

■ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ARRET DE TRAVAIL :

- DUREE DE L'ARRET DE TRAVAIL prescrit par le médecin traitant du au
- DATE prévisible de la REPRISE DU TRAVAIL
- DATE prévisible de la CONSOLIDATION
- I.P.P. probable INFERIEURE A 10 %
- I.P.P. probable EGALE OU SUPERIEURE A 10 %

■ OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES :

IDENTIFICATION DU MEDECIN CONSEIL

Fait à

Le

SIGNATURE DU MEDECIN CONSEIL

**REPRISE D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE D'UNE VICTIME ATTEINTE
D'UNE INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE**

AVIS DU MEDECIN DU TRAVAIL
(articles R 434 - 34 du Code de la Sécurité Sociale et R 241 - 51 du Code du Travail)

A COMPLETER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL ET A RETOURNER DANS LES QUINZE JOURS AU MEDECIN CONSEIL, SOUS PLI CONFIDENTIEL, A L'AIDE DE L'ENVELOPPE JOINTE.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|---|----------------------|
| Numéro d'Immatriculation | <input type="text"/> | Profession | <input type="text"/> |
| Nom Patronymique | <input type="text"/> | Dénomination de l'employeur et Adresse de l'établissement d'attache | <input type="text"/> |
| Nom d'Usage (facultatif) Prénom | <input type="text"/> | | |
| Adresse | <input type="text"/> | | |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT OU LA MALADIE

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT DU TRAVAIL | } ▶ DATE <input type="text"/> ▶ NUMERO <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> MALADIE PROFESSIONNELLE | } ▶ DATE <input type="text"/> ▶ NUMERO <input type="text"/> ▶ REFERENCE <input type="text"/> <small>au tableau des maladies professionnelles.</small> |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT DE TRAJET | | | |
| ORIGINE DE LA DEMANDE | | <input type="checkbox"/> MEDECIN TRAITANT DE LA VICTIME | |
| | | <input type="checkbox"/> MEDECIN CONSEIL | |
| | | <input type="checkbox"/> VICTIME | |

AVIS MEDICAL

EXAMEN REALISE LE

L'ASSURE(E) :

- PARAIT APTE A REPENDRE SON POSTE DE TRAVAIL ANTERIEUR DANS L'ENTREPRISE
 - sans mesure particulière
 - à la date prévisible
 - après la date prévisible
 - après aménagement du poste
 - dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique (1)
 - dans le cadre d'un contrat de rééducation professionnelle (2)

- PARAIT INAPTE A REPENDRE SON POSTE DE TRAVAIL ANTERIEUR DANS L'ENTREPRISE MAIS APTE A Y OCCUPER UN AUTRE POSTE
 - sans mesure particulière
 - après aménagement du poste
 - dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique (1)
 - dans le cadre d'un contrat de rééducation professionnelle (2)
 - après une période de rééducation professionnelle assurée hors de l'entreprise

- PARAIT INAPTE A REPENDRE TOUT POSTE DE TRAVAIL DANS L'ENTREPRISE MAIS APTE A OCCUPER UN EMPLOI EN MILIEU ORDINAIRE DE TRAVAIL

- PARAIT INAPTE AU TRAVAIL EN MILIEU NON PROTEGE

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES :

IDENTIFICATION DU MEDECIN DU TRAVAIL

Fait à

Le

SIGNATURE DU MEDECIN DU TRAVAIL

(1) article L 433-1 - alinéa 4 du Code de la Sécurité Sociale.
(2) articles L 432-9 - alinéa 1 du Code de la Sécurité Sociale et L 323-15 du Code du Travail