CONTRE-VISITE MEDICALE

**GRAS SAVOYE ORMES.**

ADP Secteur Public

TSA 20413.

69303 LYON CEDEX 07

Tél. : 02 36 70. 36 .10.

**GRAS SAVOYE ORMES**

 2 Rue de Gourville

 45911  Orléans Cedex 9

Tél. : 02.38.70.36.10

Fax : 02.38.70.36.00



# **ELEMENTS A TRANSMETTRE A GRAS SAVOYE**

###### cOLLECTIVITE

**Raison Sociale :** ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**Adresse :** -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**CP :** -------------------------- **Ville :** ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Tél :** -------------------------------------------------------------------------------------------------------- **Email :** --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Nom du correspondant :** ------------------------------------------------------------------------------------------------------- **Fonction :** -------------------------------------------------------------------------------------------------

**Tél :** ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------ **Fax :** --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Email :** ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

###### Agent A controler

**Nom :** ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  **Prénom :** ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

###### Numéro sécurité sociale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Clé |\_|\_|

**Adresse du contrôle :** -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- **CP :** ------------------------------ **Ville :** -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Tél :** -------------------------------------------------------- **Port :** --------------------------------------------------------- **Email :** -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Grade :** --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- **Poste occupé :** ----------------------------------------------------------------------------------------------------

**🞎 CNRACL** **🞎 Non CNRACL**

###### Arrêt de travail

**Nature de l’arrêt**

**🞎**Initial **🞎**Prolongation

**Date d’origine :** --------- **/** --------- **/** ---------  **Date de début de l’arrêt :** Du--------- **/** --------- **/** --------- au --------- **/** --------- **/** ---------

**🞎**Doit être présent au domicile de 9:00 à 11:00 et de 14:00 à 16:00

**🞎**Sorties libres (un rendez-vous vous sera communiqué afin que vous invitiez votre agent à se soumettre à la contre-visite)

**🞎**Avis de passage **🞎**Lettre Suivie

**Nom du médecin prescripteur :** ------------------------------------------------------------------------------------------------------------- **Exerçant à** **:** ----------------------------------------------------------------------------

**Spécialité :** ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

###### CIRCONSTANCES PARTICULIERES

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Le résultat de la contre-visite vous sera transmis par écrit par notre prestataire