

Fiche de liaison
Collectivité - Service de médecine préventive
« Arrêt de travail > 3 mois »

Collectivité :

Identité de l'agent

Nom - prénom :

Date de naissance :

Arrêt de travail

Date : du..... au

- ☐ CMO > 3 mois
- ☐ CMO discontinus sur une période > 3 mois
- ☐ CITIS AT/MP > 3 mois
- ☐ Demande de CLM /CGM/ CLD
- ☐ Temps partiel thérapeutique > 6 mois

Personne référente du dossier

Nom - prénom :

Tél :

Courriel :

Date du signalement :

Fiche de liaison à adresser au service de médecine préventive à :

medecine.preventive@cdg87.fr