



FICHE DE RENSEIGNEMENTS PREALABLE A LA TELECONSULTATION

ENTREPRISE :

Téléphone :

N° ADHERENT :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA DEMANDE DE SUIVI :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Poste de travail :

Catégorie du salarié : SIS SIA SIR

Motif de la SIR : Motif de la SIA

Nature de la visite :

Visite initiale : oui non Si oui, date début contrat :

Visite d'information et de prévention infirmier : oui non

Visite de reprise : oui non

Motif de l'arrêt : Maladie Maternité Accident du travail Maladie Professionnelle

Date de début de l'arrêt Date de la fin d'arrêt :

SALARIE(E):

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Déclare avoir été informé(e) et accepte que la visite ou l'examen médical, dont il est question dans la présente fiche de renseignement soit effectué par téléconsultation. J'autorise par ailleurs, la communication de mes coordonnées mails et téléphoniques personnelles au médecin du travail.

Date : Signature :

Adresse mail du salarié :

N° de tél portable :

Nous vous remercions de nous retourner le présent document

Une fois le document rempli,
enregistrez le en PJ sur votre ordinateur
puis envoyez le à l'adresse mail de votre correspondant habituel