Initiateur du RV

Entreprise :       [ ]

Représentée par :

Salarié :       [ ]

Date du début de l’arrêt :

Date de la prise de contact :

Date prévisionnelle du RV :

**Association AISMT36 au RV :**

*Cadre réservé à l’AISMT36*

Médecin en charge de l’entreprise :

Date de réception de la demande :

Nécessité d’obtenir des informations médicales supplémentaires

 [ ]  OUI (1) [ ]  NON

Participation au RV :

[ ]  Fourniture de documents d’information (préciser le type de documents à fournir)

[ ]  Cellule PDP

[ ]  Visite de pré-reprise

[ ]  Aide au Maintien dans l’emploi

[ ]  Autres :

[ ]  Présence au RV

[ ]  Physiquement

[ ]  Par visio

[ ]  Membre de l’équipe participant :

[ ]  Médecin du travail

[ ]  IDEST :

[ ]  Ergonome :

[ ]  IPRP :

[ ]  Membre Cellule PDP :

[ ]  Autre :

(1) Documents à demander au salarié