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