

CONFIDENTIEL MEDICAL

Fiche médicale de reprise

A l'attention du Médecin-chef

Centre :

Grade, NOM, Prénom :

DUREE DE L'ARRET DE TRAVAIL

Du : au :

OBJET DE L'ARRET DE TRAVAIL

Description de la pathologie :

.....

A

Le

*Signature de l'agent
ou du médecin traitant*

Visa du Médecin-chef

Fiche individuelle à signer et à transmettre par courriel à :
service.medical@sdis43.fr

Prendre rendez-vous avec le S.S.S.M. (04.71.07.03.21) pour
 une visite médicale de reprise d'activité