

## Déclaration d'arrêt de travail supérieur à 21 jours

*A l'attention du Médecin-chef*

### CHEF DE CENTRE

Grade, NOM, Prénom : .....

### AGENT

Grade, NOM, Prénom : .....

### DUREE DE L'ARRET DE TRAVAIL

Du : ..... Au : .....

### OBJET DE L'ARRET DE TRAVAIL

- Accident en service commandé
- Maladie / accident du travail
- Congé maternité

<p>A .....</p> <p>Le .....</p>	<i>Signature de l'agent</i>	<i>Visa du Médecin-chef</i>
--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

**Fiche individuelle à signer et à transmettre par courriel à :**  
[service.medical@sdis43.fr](mailto:service.medical@sdis43.fr) et [service.rh-spv@sdis43.fr](mailto:service.rh-spv@sdis43.fr)

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