COLLECteam
ASSURER LE PRÉSENT, PRÉPARER L'AVENIR

FORMULAIRE DE CONTRÔLE MÉDICAL AGENT FPT

COLLECTIVITÉ / ÉTABLISSEMENT : ..... **COMMUNE :** .....

EMPLOYEUR

Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....
Nom du correspondant : ..... Fonction : .....
Tél. : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Email : .....
En votre absence, et dans le cadre de la confidentialité du dossier, préciser le nom de la personne à contacter :
Nom du correspondant : ..... Fonction : .....
Tél. : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Email : .....

AGENT À CONTRÔLER

Nom : ..... Prénom : .....
Nom de naissance : ..... N° SS : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Date de recrutement : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Statutaire ☐ CNRACL ☐ Titulaire IRCANTEC ☐ Non titulaire ☐
Adresse où l'agent peut être visité *(information mentionnée sur le certificat médical d'arrêt de travail)* :
N° et rue : .....
Bât. : ..... Etage : ..... Esc. : ..... N° appt : ..... Digicode : .....
Code postal : ..... Ville : .....
Tél. fixe / Portable : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ / ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ Chez : .....

ARRÊT DE TRAVAIL

Date d'origine : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Date de fin d'arrêt : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Dernière prolongation prescrite du : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Nature de l'arrêt de travail : ☐ Maladie
Type de sorties inscrites sur le certificat médical d'arrêt de travail en cours :
☐ Présence obligatoire de 9h à 11h et de 14h à 16h ☐ Libres (Nous programmons donc un RDV)
☐ Non autorisées ☐ Autre type de sorties : de ..... h à ..... h

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : ..... Code postal : ..... Ville : .....
☐ Généraliste ☐ Spécialiste en : .....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....

Eléments à transmettre à COLLECteam :
Par mail : controlemedical@collecteam.fr / Pour tous renseignements, nous contacter par tél. : 02.36.56.01.33 ou par fax : 02.36.56.01.34

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant, par écrit, au siège de COLLECteam, courtier en assurance de personnes. Les informations nominatives recueillies seront utilisées pour la gestion des prestations du contrat, l'identification des irrégularités et la vérification de la conformité légale et réglementaire en la matière.
Le contrôle médical est réalisé dans le respect du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 et n° 88-386 du 19 avril 1998 et de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

Fait à : .....
Le : .....

Signature et cachet de la collectivité :

Le signataire de la demande engage sa responsabilité sur toutes les informations renseignées ci-dessus. Le contrôle médical sera donc réalisé avec les éléments consignés par le signataire.

COLLECteam
Centre de Gestion Prévoyance - 13, rue Croquechâtaigne - BP 30064 - 45380 LA CHAPELLE SAINT MESMIN
Tél. 02 36 56 01 33 - controlemedical@collecteam.fr

COLLECteam - SA au capital de 7 005 000 € - SIREN 422 092 817 - RCS Orléans - N° ORIAS 07 005 898 - www.orias.fr - Janvier 2017 - Service réclamation : reclamation@collecteam.fr