



FICHE DE RENSEIGNEMENTS PREALABLE A LA TELECONSULTATION

ENTREPRISE :

N° ADHERENT :

Téléphone :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA DEMANDE DE SUIVI :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Poste de travail :

Catégorie du salarié : SIS SIA SIR *(rayer la mention inutile)*

Motif de la SIR :

Motif de la SIA :

Nature de la visite :

- ✓ **Visite initiale :** oui non *(rayer la mention inutile)* Si oui, date début contrat :
- ✓ **Visite d'information et de prévention infirmier :** oui non *(rayer la mention inutile)*
- ✓ **Visite de reprise :** oui non *(rayer la mention inutile)*

Motif de l'arrêt : Maladie/Maternité/Accident du travail/Maladie Professionnelle *(rayer la mention inutile)*

Date de début de l'arrêt :

Date de la fin d'arrêt :

SALARIE(E):

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Déclare avoir été informé(e) et accepte que la visite ou l'examen médical, dont il est question dans la présente fiche de renseignement soit effectué par téléconsultation. J'autorise par ailleurs, la communication de mes coordonnées mails et téléphoniques personnelles au médecin du travail.

Date :

Signature :

Adresse mail du salarié :

N° de téléphone portable :

Nous vous remercions de nous retourner le présent document