

Demande de trajet de réintégration à l'initiative du médecin-conseil

Le soussigné médecin (nom et prénom du médecin conseil)

.....

Numéro INAMI :

Union de la mutualité (numéro) :

Adresse : Rue : Numéro :..... Boîte postale :

Code postal :..... Commune :

Adresse e-mail du médecin :

Numéro de téléphone du médecin :

demande au conseiller en prévention-médecin du travail de démarrer un parcours de réintégration pour :

monsieur/madame (nom et prénom de la personne à examiner)

.....

Date de naissance :

NISS :

Adresse : Rue : Numéro :..... Boîte postale :

Code postal :..... Commune :

Numéro de téléphone :

Travail actuel convenu :

.....

.....

Raison de la demande de parcours de réintégration :

.....

.....

.....

Nom de l'entreprise (employeur) :

Numéro BCE :

Date, cachet et signature du médecin,