

**Demande de trajet de réintégration à l'initiative du médecin traitant**

Le soussigné médecin (nom et prénom du médecin traitant) :

.....

Numéro INAMI : .....

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

Code postal : ..... Commune : .....

Adresse e-mail du médecin : .....

Numéro de téléphone du médecin : .....

détenteur du DMG  Médecin généraliste  Spécialiste

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

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

.....

Date de naissance : .....

NISS : .....

Union de la mutualité (numéro) : .....

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

Code postal : ..... Commune : .....

Travail actuel convenu : .....

.....

.....

Raison de la demande de parcours de réintégration: .....

.....

.....

Nom de l'entreprise (employeur) : .....

Numéro BCE : .....

Nom du responsable du personnel (HRM) :

.....

Nom du dirigeant : .....

Date, cachet et signature du médecin,