|  |  |
| --- | --- |
| NOM de la collectivité |  |
| Adresse de la collectivité |  |
| Nom de l’élu référent en Santé Sécurité au Travail |  |
| Nom et coordonnées de la personne en charge de ce dossier |  |
| Nom de l’assistant de prévention (AP) ou du conseiller de prévention (CP) |  |
| Service concerné |  |
| Nombre d’agents dans le service concerné |  |
| Situation de l’agent | [ ]  En poste [ ]  En congé maladie |
| Accompagnement par le service Maintien dans l’emploi du CDG | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Activité de l’agent |  |
| Aménagement demandé par le médecin de prévention |  |
| Motivation du refus de la demande du médecin de prévention |  |
| proposition de la collectivité |  |
| Document(s) joint(s) | [ ]  Courrier du médecin[ ]  Tout document permettant au CT en formation CHSCT de comprendre la situation (sauf secret médical) |

A ............................................., le .............................

**Merci d’envoyer ce document rempli, au format pdf, par mail à :**

prevention@cdg86.fr

Signature / Cachet