|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 :**

[instances-paritaires@cdg86.fr](mailto:instances-paritaires@cdg86.fr)

Nom du signataire / Signature / Cachet