

OBLIGATOIRE

FICHE RPC FACULTATIVE POUR UN ARRÊT DE PLUS DE TRENTE JOURS - À ADRESSER AU SERVICE DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL PAR UNE PERSONNE AUTORISÉE

RPC-SUP-032E

Document distinct à adresser au service de prévention et de santé au travail. L'employeur n'est pas demandeur de cette visite.

FACULTATIF - Cette fiche aide à contacter le service. Elle ne doit pas être imposée au salarié et ne doit contenir aucun diagnostic destiné à l'employeur.

1. PERSONNE À L'ORIGINE DE LA DEMANDE

CHOISIR UNE SEULE QUALITÉ AUTORISÉE

- ☐ Le salarié concerné
- ☐ Le médecin traitant
- ☐ Le médecin-conseil des organismes de sécurité sociale
- ☐ Le médecin du travail

NOM DU DEMANDEUR

QUALITÉ / COORDONNÉES

2. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES STRICTEMENT NÉCESSAIRES

NOM ET PRÉNOM DU SALARIÉ

TÉLÉPHONE OU ADRESSE ÉLECTRONIQUE DU SALARIÉ

ENTREPRISE / ÉTABLISSEMENT

POSTE OU MÉTIER HABITUEL

DATE DE DÉBUT DE L'ARRÊT

DURÉE PRÉVISIBLE SI ELLE EST CONNUE

DEMANDE ADRESSÉE AU SERVICE

Je sollicite l'organisation d'une visite de préreprise pour la personne identifiée ci-dessus. Merci de prendre directement contact avec elle pour convenir des modalités. Toute information médicale est transmise uniquement par le canal confidentiel indiqué par le service.

OBLIGATOIRE

FICHE RPC FACULTATIVE POUR UN ARRÊT DE PLUS DE TRENTE JOURS - À ADRESSER AU SERVICE DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL PAR UNE PERSONNE AUTORISÉE

RPC-SUP-032E

Le service organise la visite avec le salarié. Le médecin peut informer l'employeur de l'organisation et de recommandations dans les conditions légales, mais ne transmet aucun diagnostic.

SERVICE DESTINATAIRE

DATE ET CANAL D'ENVOI

Seules les informations administratives nécessaires à l'organisation de la visite sont tracées ici. Depuis le 15 juin 2026, le médecin du travail informe l'employeur de l'organisation de la visite et de ses recommandations, sauf opposition du salarié ; aucun diagnostic ni détail médical ne lui est transmis.

DEMANDEUR AUTORISÉ

Nom / qualité :

Date :

Signature :

RÉCEPTION PAR LE SERVICE

Nom / qualité :

Date :

Signature :

EMPLACEMENT CONFIDENTIEL DE LA PREUVE D'ENVOI - NE PAS VERSER DE DONNÉES MÉDICALES AU DOSSIER DE L'EMPLOYEUR