

# DEMANDE DE TRAJET DE RÉINTÉGRATION

## 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 trajet de réintégration pour :**

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

Date de naissance :         NISS :

Union de la mutualité (numéro) :

(Collez ici la vignette) :

Adresse : Rue : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_ Boîte postale : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Travail actuel convenu :

Le travailleur concerné est inapte au travail depuis :

Raison de la demande de trajet de réintégration :

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Numéro BCE :

Nom du responsable du personnel (HRM) : \_\_\_\_\_

Nom du dirigeant : \_\_\_\_\_

Date, cachet et signature du médecin :