

# Demande de trajet de réintégration

## TRAVAILLEUR



**Le/la soussigné(e)** (nom et prénom du travailleur) :

Date de naissance :

NISS :

Numéro de la mutuelle :   
(Collez ici la vignette)

Adresse : Rue :

Numéro :

Boîte :

Code postal :

Commune :

Adresse e-mail (professionnelle) :

Adresse e-mail (privée) :

N° de GSM/téléphone (professionnel) :

N° de GSM/téléphone (privé) :

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

Travail actuel convenu :

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 supérieur hiérarchique :

Date et signature du travailleur :

Veuillez envoyer votre demande de trajet de réintégration par courrier postal à notre service clientèle régional.