



## Accompagnement au reclassement

Cellule Qualité de Vie au Travail

### Formulaire de demande

**Collectivité :** .....

Autorité territoriale : .....

Personne à contacter : .....

Fonctions : .....

Coordonnées :

Téléphone : ..... Mail : .....

Fax : .....

**Renseignements concernant l'agent :**

Nom/prénom : .....

Date de naissance : .....

Situation de l'agent :                      Titulaire ( )                      Non titulaire ( )

Grade : .....

Poste occupé : .....

Situation actuelle (congé maladie...) : .....

Service de médecine professionnelle :    ( ) CDG29    ( ) Autre : .....

Date dernière visite médicale : ..... (joindre la dernière fiche de visite)

Agent reconnu travailleur handicapé : ( ) OUI    ( ) NON    ( ) Demande en cours

L'agent est déclaré inapte par le comité médical ou la commission de réforme :

( ) OUI ( ) NON    Demande en cours ( )

**Ce document est à retourner au service Maintien dans l'Emploi :**

**[maintiendanslemploi@cdg29.bzh](mailto:maintiendanslemploi@cdg29.bzh)**