



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