



**ACADÉMIE  
DE LILLE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## FICHE DE DEMANDE DE CONSULTATION MÉDICALE

**SERVICE MÉDECINE DE PRÉVENTION**

✉ 144 rue de Bavay BP709 59033 LILLE Cedex - **03 20 15 62 06**

 [ce.medprev@ac-lille.fr](mailto:ce.medprev@ac-lille.fr)

Merci de nous retourner cette demande renseignée par mail ou par courrier.  
Votre demande sera traitée dans les meilleurs délais.

Nota : Avez-vous déjà été reçu en médecine de prévention ? OUI  NON

### **Renseignements usagers (Merci d'écrire lisiblement en majuscules)**

<u>Nom/Prénom</u> :		<u>Nom de naissance</u> :	
<u>Date de naissance</u> :		<u>Grade/Discipline</u> :	
<u>Lieu d'affectation</u> :			
<u>Adresse personnelle</u> :			
<u>Téléphone</u> :		<u>E-mail</u> :	

#### **Avez-vous une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé ?**

OUI  NON  DEMANDE EN COURS

#### **Veillez renseigner votre position administrative au jour de la demande:**

ACTIVITÉ                      COM (Congé ordinaire de maladie)                      CLM (Congé longue maladie)  
CLD (Congé longue durée)                      CGM (Congé grave maladie)                      DO (Disponibilité d'office)  
PACD (Poste adapté de courte durée)                      PALD (Poste adapté de longue durée)  
TPT (Temps partiel thérapeutique)                      AT (Accident du travail)  
AUTRE SITUATION (précisez) :

**Votre demande de RDV concerne un aménagement de poste ? Celle-ci doit passer par le service Handicap. Merci de prendre connaissance de la circulaire académique : > [accéder à la circulaire de demande d'aménagement du poste de travail](#)**

Motif de la demande à détailler : (Indispensable)