

ASSISTANTE DE SERVICE SOCIAL

Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail



Nom :

Tél. :/...../...../...../.....

Mail :

Lieu :

Rencontré le :/...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

CAP EMPLOI

Handicap, recrutement & maintien



Interlocuteur :

Tél. :/...../...../...../.....

Mail :

Lieu :

Rencontré le :/...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....



FICHE DE SUIVI SALARIÉ

Maintien en emploi, des partenaires vous accompagnent tout au long de votre parcours

Je soussigné(e) :

autorise l'échange d'informations dans le respect du secret médical entre les partenaires suivants : Services de prévention et de santé au travail (SIST Ouest Normandie, Santé BTP), CAP EMPLOI, CARSAT, ELSM, Caisse Primaire d'Assurance Maladie et Médecin traitant.

Le/...../..... à.....

Signature :

INFORMATIONS SALARIÉ

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Tél. :/...../...../...../.....

Adresse :
.....
.....

Médecin traitant :

MDA*, dossier envoyé le :/...../.....
*Maison Départementale de l'Autonomie

Accusé de réception du :/...../.....

INFORMATIONS ENTREPRISE

Entreprise :

Interlocuteur (Fonction) :

Adresse :
.....
.....

Tél. :/...../...../...../.....

Mail :

Date d'entrée :/...../.....

Poste occupé :

ASSURANCE MALADIE - Caisse Primaire d'Assurance Maladie



Nom : Tél. :/...../...../...../.....

Mail :

MÉDECINS CONSEILS - Service Médical - ELSM



Tél. : (ligne du Conseiller Relation Client du Service Médical) : **36 46**

Nom(s) : Rencontré le :

Docteur /...../..... /...../.....

Docteur /...../..... /...../.....

Docteur /...../..... /...../.....

Docteur /...../..... /...../.....

SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL

- SIST
 Santé BTP



Médecin du Travail : Tél. :/...../...../...../.....

..... Mail :

Rencontré le :/...../..... /...../...../.....

...../...../..... /...../...../.....

Infirmière en Santé au Travail : Tél. :/...../...../...../.....

..... Mail :

Rencontré le :/...../..... /...../...../.....

...../...../..... /...../...../.....

Assistante de service social : Tél. :/...../...../...../.....

..... Mail :

Rencontré le :/...../..... /...../...../.....

...../...../..... /...../...../.....