

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDECINE

### à retourner au secrétariat du service de médecine

Date\*

Madame\*

Monsieur\*

Nom de naissance\*

Prénom\*

Nom d'épouse

#### Situation familiale\*

Célibataire

Marié(e)

PACS

Union libre

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Autre

Date de naissance\*

Lieu de naissance\*

Département\*

Adresse\*

Code postal\*

Ville\*

Employeur\*

Multi-employeur : Oui  Non

Si oui, lesquels ?

Type de contrat\*

Date d'entrée\*

Fonction\*

Filière\*

Grade\*

Service\*

#### Temps d'emploi :

Plus de 28h/semaine/CNRACL – titulaire

Moins de 28h/semaine/CNRACL – titulaire

Ircantec – titulaire

Ircantec – contractuel

**Veillez préciser (ex : 15h/semaine) :**

Avez-vous le diplôme S.S.T (Sauveteur Secouriste du travail) ?

Oui

Non

Autre :  AFPS  PSCI  PSE

Etes-vous AP (Assistant de Prévention) ?

Oui

Non

Avez-vous un CACES

(Certificat d'Aptitude à la conduite d'Engins en Sécurité) ?

Oui

Non

Avez-vous une habilitation électrique ?

Oui

Non

Etes-vous reconnu travailleur handicapé ?

Oui

Non

\* Champs à remplir obligatoirement