

DEMANDE DE CONTRE VISITE

Union Patronale Ariège-Pyrénées - BP 40144 - 09004 FOIX CEDEX

A retourner par fax au 05.61.65.50.20 ou valerie.abadie-upap@wanadoo.fr

COORDONNEES DE L'ENTREPRISE :

Nom et adresse de l'entreprise :

Responsable à contacter :

Téléphone :

E-mail :

PERSONNE A CONTROLER :

Titre : Madame Mademoiselle Monsieur **NOM, PRENOM :**

N° SS. :

ADRESSE DE VISITE (MENTIONNEE SUR L'ARRET DE TRAVAIL OU A DEFAUT CONNUE DE L'EMPLOYEUR)

Numéro et libellé de voie

Bâtiment

Appartement

Immeuble-Résidence

Etage / Escalier

Lieu-dit :

Code postal, Localité :

En arrêt pour : Maladie

Accident du travail

Maladie professionnelle

Accident de trajet

Arrêt initial ou prolongation :

a. Arrêt initial : depuis le jusqu'au inclus

b. Prolongation : date du premier arrêt

c.ème prolongation depuis le jusqu'au

Les sorties de votre salarié sont :

Autorisées à partir du :

Non autorisées

NB : L'arrêt de travail stipule que votre salarié doit respecter la présence obligatoire au domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h. (Dans ce cas, renseigner directement le nom du médecin prescripteur)

Ou bien :

L'arrêt de travail stipule que, pour raison médicale dûment justifiée, votre salarié a des sorties libres, sans restriction d'horaire : Oui

Ou a des sorties :

Autorisées de h à h et de h à h

Autorisées de 10h à 12h et de 16h à 18h

Inconnues ou non-mentionnées

Dans ce cas, vous souhaitez quel type de contrôle :

1/ Un seul passage sur rendez-vous :

a. fixé par SECUREX (supplément de facturation)

b. Vous vous chargez de prévenir votre salarié

Ou bien :

2/ Premier passage du médecin-contrôleur à l'heure de son choix.

En cas d'absence, le médecin laissera un avis avec le jour et créneau horaire en vue d'un second passage (double facturation).

Médecin prescripteur :

Code postal, Localité :

Commentaires :

Signature