

Demande reçue le :

Rendez-vous programmé le :

## LA VISITE DE REPRISE



*Décret n° 2016-1908 du 27/12/2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail*

### Article R. 4624-31 du code du travail : dans quels cas une visite de reprise est-elle nécessaire ?

“Le salarié bénéficie d’un examen de reprise du travail par le médecin du travail :

1° - Après un congé de maternité ;

2° - Après une absence pour cause de maladie professionnelle ;

3° - Après une **absence d’au moins trente jours** pour cause d’accident du travail, de maladie ou d’accident non professionnel”.

### Article R. 4624-32 du code du travail : objet de la visite de reprise du travail ?

1° - De délivrer l’avis d’aptitude médicale du salarié à reprendre son poste ;

2° - De préconiser l’aménagement, l’adaptation du poste ou le reclassement du salarié ;

3° - D’examiner les propositions d’aménagement, d’adaptation du poste ou de reclassement faites par l’employeur à la suite des préconisations émises par le médecin du travail lors de la visite de pré-reprise.

Dès que l’employeur a connaissance de la date de la fin de l’arrêt de travail, il saisit le service de santé au travail qui organise l’examen de reprise dans un délai de huit jours à compter de la reprise du travail par le salarié.


### Article R. 4624-33 du code du travail :

“Le médecin du travail est informé de **tout arrêt de travail d’une durée inférieure à trente jours** pour cause d’accident du travail afin de pouvoir apprécier, notamment, l’opportunité d’un nouvel examen médical et, avec l’équipe pluridisciplinaire, de préconiser des mesures de prévention des risques professionnels.”

### Organisation des visites médicales de reprise du travail :

**Cette visite médicale de reprise doit avoir lieu lors de la reprise du travail et au plus tard dans les 8 jours qui suivent la reprise.**

## DEMANDE DE VISITE DE REPRISE

 Lors de cette visite, le salarié ne doit plus être en arrêt de travail et doit apporter impérativement les documents médicaux relatifs à l’arrêt de travail.

**NUMERO D’ADHERENT DE L’ENTREPRISE :**

**NOM DE L’ENTREPRISE :**

**MAIL :**

**NOM (NOM D’EPOUSE) ET PRENOM DU SALARIE CONCERNE :**

**NATURE DE L’ARRET :**  Maladie

Maladie professionnelle

Maternité

Accident du travail (Copie obligatoire au médecin du travail de la déclaration d’Accident du Travail)

**DATE DE DEBUT DE L’ARRET :**

**DATE DE FIN DE L’ARRET :**

**NATURE DE LA VISITE :**  Plein temps

Temps-partiel thérapeutique

**DATE DE REPRISE EFFECTIVE :**

Date :

Signature et cachet de l’entreprise