



**Demande de visite médicale après arrêt-maladie  
(accident) supérieur à 6 semaines  
[art. 19 de la loi du 17 juin 1994]**

Association pour la santé au travail du secteur financier



**Entreprise**

Nom de l'entreprise : .....

**Salarié**

Nom: .....

Nom de jeune fille: .....

Prénom: .....

Matricule social: .....

Durée de l'arrêt de travail: ..... jours

Motif de l'arrêt:  accident  maladie

Examen médical de reprise obligatoire à la demande du médecin du travail.

*Veillez vous munir de votre dossier médical pour la visite chez le médecin du travail.*

Nom du demandeur : ..... Date : .....

Signature :

.....

Prière de renvoyer ce formulaire par FAX à l'ASTF au 22 80 81