

DSDEN de
Service
Affaire suivie par :
Tél :

Mail :

DEMANDE INITIALE DE STAGE THERAPEUTIQUE

1 .	L'agent A compléter et transmettre à la DSDEN
Nom :	
Nom patronymique :	
Prénom :	
Date de naissance :/...../.....	
Grade :	
Affectation Etablissement :	
Commune :	
Adresse de l'agent :	
Code postal :	
Commune :	
Téléphone :	
Mél :	
Mél : @ac-bordeaux.fr	
CLM	Dates
CLD	
CMO	
Signature de l'agent :	
Date :	

2 .	Le médecin du travail A compléter et transmettre à la DSDEN
Docteur :	
Agent contacté le :	
Objectif et projet : <input type="radio"/> Temps partiel pour raison thérapeutique <input type="radio"/> Affectation sur poste adapté <input type="radio"/> Retour à l'activité professionnelle <input type="radio"/> Autre (à préciser) :	
L'avis du médecin du travail	
Période du stage souhaitée :	
Modalités horaires (sans dépasser 50% des ORS) :	
Contact avec les élèves : Oui Non	
Activités confiées à l'agent :	
Cachet et signature du médecin du travail:	
Date :	

3 .	Le centre de réadaptation de Bordeaux (CRB) A compléter et transmettre à la DSDEN
Lieu d'implantation du stage thérapeutique envisagé :	

La directrice du CRB : Madame Coralie GODAIN	
Date, cachet et signature :	