MEDE TRAM
MÉDECINE DU TRAVAIL DE MAYOTTE

Service Interprofessionnel Agréé de Santé au Travail

DEMANDE DE VISITE ET / OU MOUVEMENT DU PERSONNEL

N° Adhérent : _____
(à rappeler dans toute correspondance)

Nom de l'Entreprise : _____

Adresse : _____

N° SIRET : _____

Correspondant, nom et fonction : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Informations concernant les salariés :

Numéro de sécurité sociale (CSSM) complet et/ou MEDETRAM	Nom	Prénoms	Date de naissance	Lieu de Naissance	Sexe M / F	Date d'entrée	Date de Sortie	Emploi / Poste de Travail	Date de la dernière visite MEDETRAM	Type de visite demandé (1)

(1) => E = Embauche P= Périodique R = Reprise

En cas de besoin établir plusieurs bordereaux. page ___ / ___

Date + Signature + Tampon

Bordereau à retourner par mail à **visitemedicale@medetram.yt** (uniquement), à défaut par fax au 0269625433
Pour toute sortie de personnel (quelque en soit le motif), joindre la déclaration CSSM.

Le présent bordereau ne sera pas traité si des informations sont manquantes.