***Lettre de demande d’avis/rapport au médecin de prévention***

 **M. le Docteur**

 **Adresse**

 **Le………………………………………….. ,**

**Objet :** Demande d’examen médical

Docteur,

Afin de permettre l’examen du dossier de :

Mme/M.

Né(e) le

Fonctions :

soumis pour avis au Conseil Médical (Formation restreinte), je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder à l’examen de cet agent et d’émettre un avis/rapport circonstancié (selon le cas voir Annexe 1), dans les meilleurs délais possibles, sur la demande de :

Je vous saurais gré de bien vouloir me retourner votre compte-rendu, **sous pli fermé et confidentiel**, ou bien de le faire parvenir directement, également **sous pli fermé et confidentiel**, au - Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Charente-Maritime – Conseil Médical (Formation restreinte) – 85, boulevard de la République – CS 50002 – 17076 LA ROCHELLE Cedex 9.

En vous remerciant par avance, je vous prie de croire, Docteur, en l’assurance de ma considération distinguée.

Mme/M. le Maire ou Mme/M. le Président,