

**DEMANDE DE TRAJET DE REINTEGRATION
PAR UN TRAVAILLEUR EN INCAPACITE DE TRAVAIL
OU PAR LE MEDECIN TRAITANT(*)**

TRAVAILLEUR / TRAVAILLEUSE	
Nom :	
Prénom :	
Numéro de registre national :	
Adresse :	
Téléphone :	
E-mail :	
En maladie / incapacité de travail depuis :	
Eventuelle reprise prévue pour le :	
Fonction actuelle (avant absence) :	

(*) A la demande de mon médecin traitant : OUI – NON** (***) biffer la mention inutile

ENTREPRISE OU INSTITUTION	
Nom de mon employeur :	
Adresse :	
N° de TVA (si vous le connaissez) :	
N° de client (si vous le connaissez) :	

MEDECIN TRAITANT	MUTUELLE
Nom :	Mutuelle :
Adresse :	Adresse :
	Votre numéro d'affilié (vignette) :
Téléphone :	Nom du médecin-conseil (si vous le connaissez) :

Date et signature du travailleur :