

Si vous êtes déjà client, votre code client

les champs marqués d'un * sont obligatoires

L'ENTREPRISE

Siret*

Code APE*

Enseigne*

Adresse*

Code postal*

Ville*

REPRESENTÉE PAR

La Direction *

Interlocuteur*

Votre Fonction*

Votre tel direct*

Votre fax direct*

Votre email*

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

J'ai lu et accepte [les conditions générales](#)
(Cocher la case)

LE SALARIÉ A CONTROLER

Nom et Prenom*

N° Sécurité Sociale*

Adresse de sa caisse*

Adresse de la visite
(Digicode, Bat, Etage, Appt,,)*

Code postal et Ville*

Téléphone du salarié

Raison de l'arrêt* Maladie
 Accident de travail
 Prolongation
 Accident de trajet

Arrêt depuis le*

Jusqu'au*

Date de la dernière
prolongation

Prescrit par le Dr

Adresse médecin
prescripteur

Sorties autorisées* Libres
 Présence obligatoire de
9h-11h/14h-16h
 Autres:

Souhaitez-vous, un
contrôle*:
(en cas de doute,
contactez un conseiller) à Domicile
 en Cabinet médical

LANCER LE CONTROLE

Formulaire à retourner renseigné par mail ou par fax au 04 42 273 161 ou nous téléphoner les renseignements qui doivent y figurer au 04 42 164 763 / 09 52 058 376 du lundi au vendredi (de 9h à 12h - 14h à 18h)

Cachet entreprise