

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'UN STAGE THERAPEUTIQUE

1 . L'agent
A compléter et transmettre à la DSDEN

Nom :

Prénom :

Grade :

Le stage thérapeutique actuel :

Lieu :

Dates du :/...../..... au...../...../.....

La demande de l'agent

Je sollicite le renouvellement du stage thérapeutique.

Signature de l'agent :

Date de la demande :

2 . Le médecin du travail
A compléter et transmettre à la DSDEN

Docteur :

Agent contacté le :

Objectif et projet :

- Retour à l'emploi dans son corps d'origine
- Affectation sur poste adapté
- Autre (à préciser) :

L'avis du médecin du travail

Dates souhaitées :

Modalités horaires :

Cachet et signature du médecin du travail :

Date de l'avis :

3 . Le centre de réadaptation de Bordeaux (CRB)
A compléter et transmettre à la DSDEN

Mise en œuvre du renouvellement :

La directrice du CRB : Madame Coralie GODAIN

Date, cachet et signature :