**ANNEXE 3 : FORMULAIRE D’ACCORD PREALABLE DU MEDECIN TRAITANT**

FORMULAIRE D’ACCORD PREALABLE DU MEDECIN TRAITANT

**Pour une action de prévention de la désinsertion professionnelle**

**(L.323-3-1 du code de la Sécurité Sociale)**

Les assurés qui le souhaitent et dont l’état de santé l’autorise, peuvent accéder pendant la durée de leur arrêt de travail, médicalement justifié, à des actions de remobilisation précoce ou de formation en vue de préparer leur retour à l’emploi. L’accès à ces actions est soumis à l’accord du médecin traitant.

**L’assuré :**

Nom : Prénom : ……………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….

N° de sécurité sociale : ……………………………………………..………..

Entreprise : …………………………………………Emploi occupé :……………………………………..………………………

Date : ……... / ……… / ……… Signature assuré :

**L’action de remobilisation précoce ou de formation :**

Action proposée : ……………………………………………………………………………………………………….

 ………

Date de début de l’action :...../…../……

Durée de l’action : …………………………………………………………………………………………

Lieu de l’action : ……………………………………………………………

**Coordonnées du service à l’initiative de la demande : (Service Prévention santé au travail, service social de l’assurance maladie, organismes de placement spécialisé des travailleurs handicapés)** **:**

Nom : Prénom …………………………………

Téléphone : ……………………………………………….

Mail : ………………………………………………………………..

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

Nom : Prénom : ……………………………

Adresse :……………………………………………………………………………………….

Téléphone : …………………………………….

Avismédical : FAVORABLE  DEFAVORABLE 

Date : ……... / ……… / ……… Signature et cachet :