premed
samen voor welzijn

V20230405

AUTORISATION DE CONTACTER LES MÉDECINS/D'AUTRES PERSONNES

COORDONNEES

Le travailleur soussigné	Nom et prénom	
	Adresse	
	No de téléphone	
	E-mail	
	Date de naissance	
Médecin traitant 1	Nom et prénom	
	Adresse	
	No de téléphone	
Médecin traitant 2	Nom et prénom	
	Adresse	
	No de téléphone	
Médecin traitant 3	Nom et prénom	
	Adresse	
	No de téléphone	

AUTORISATION

Par la présente, j'autorise le conseiller en prévention-médecin du travail à contacter tous les médecins et autres instances pouvant contribuer à l'évaluation de ma santé ou à ma réintégration.

SIGNATURE

Date

Signature du travailleur

Veuillez envoyer ce document à Premed. Cela peut se faire par e-mail info@premed.be ou par courrier (Premed – service de réintégration – Tiensevest 61 bus 2 – 3010 Leuven)