

Journal de suivi (en cas de maladie ou d'accident)

Gestion des absences

Collaborateur

Nom/prénom

Téléphone

Adresse

Début de l'absence

Adresses importantes

Famille (proches)

Nom/prénom

Téléphone

Adresse

Médecin traitant

Nom/prénom

Téléphone

Adresse

Assurance

Interlocuteur

Téléphone

Adresse

1^{re} prise de contact (dès le 4^e jour d'absence)

Etat de santé

Le collaborateur a-t-il
besoin d'un soutien

Durée prévisionnelle de
l'absence

Prochaine date de
contact ou de visite

Certificat médical

Date/visa

Autres contacts et programme de réinsertion (journal)

| Date | Quoi | Remarque | Visa |
|------|------|----------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Clarifier les questions suivantes

Possibilité d'activité temporaire (inventaire, rangement, coursier, etc.)

Possibilité d'activité à temps partiel

Date/visa