

**Ordre de mission :**  
**Demande de contre-visite médicale adressée au médecin agréé**

Timbre de l'établissement

Le chef d'établissement

A

Docteur .....

.....

.....

À ....., le .....

Objet : contre-visite médicale

Comme suite à notre entretien téléphonique de ce jour, je vous prie de bien vouloir procéder à la contre-visite médicale de :

M....., assistant(e) d'éducation, employé(e) dans l'établissement  
demeurant .....

**prévue le ..... à ....h.... à votre cabinet.**

Vous trouverez, ci-joint, ..... (*documents à l'appui de la demande : arrêt de travail, prolongation du ..... au..... inclus*)

Observations particulières :

Dans le cas où vous estimeriez que l'arrêt de travail n'est pas justifié, vous voudrez bien m'en aviser, d'urgence, au ..... (*n° tél*) ou par courriel à : ..... (*mail*)

**Je vous remercie de m'adresser, dans les meilleurs délais, votre avis accompagné de vos états d'honoraires en 2 exemplaires en indiquant votre numéro SIRET (14 chiffres) ainsi qu'un RIB ou RIP original.**

Veillez.....

Signature

Prénom et nom lisible