

## Demande d'Intervention Ergonomique

### LE DEMANDEUR

Nom de l'organisme : .....

Mme  Mr Prénom – Nom : ..... Qualité .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Ligne directe : ..... Portable : .....

E-Mail : .....

### LE BÉNÉFICIAIRE

Prénom - Nom : .....

Adresse personnelle : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

 Domicile : .....  Portable : .....

 Professionnel : .....

E-Mail personnel : .....

E-Mail professionnel : .....

Lieu de travail (adresse, site, bâtiment : .....

.....

Date de naissance : .....

Type de handicap : .....

Poste occupé : .....

Type de contrat : .....

Date d'entrée en fonction : .....

Reconnaissance Travailleur Handicapé : .....

### SOCIÉTÉ / ADMINISTRATION (Fonctions publiques)

Prénom - Nom : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

 Direct : .....  Portable : .....

E-Mail : .....

### LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Organisme : .....

Prénom - Nom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

 Direct : .....  Portable : .....

E-Mail : .....

#### Contact

#### Région Pays de Loire

51 rue du Vallon

49000 Angers

06 48 78 02 27

Mail : [handicapergo.pdl@vyv3.fr](mailto:handicapergo.pdl@vyv3.fr)

SIRET établissement/service : 775 609 621 00070

#### Région Centre Val de Loire et autres régions

06 25 52 43 40

[aude.legai@vyv3.fr](mailto:aude.legai@vyv3.fr)

***EXPOSÉ PRÉCIS DE LA DEMANDE (Contexte, difficultés rencontrées, prestation sollicitée...)***

***Commentaires, informations complémentaires du demandeur***

Date :

Signature & cachet