

**GRAS SAVOYE GROUPE SUD**

ADP Secteur Public  
TSA 60300  
69303 LYON CEDEX 07  
Tél. : 05.56.00.90.80

**ELEMENTS A TRANSMETTRE A GRAS SAVOYE****COLLECTIVITE**

Raison Sociale : .....  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : .....  
 Tél : ..... Email : .....  
 Nom du correspondant : ..... Fonction : .....  
 Tél : ..... Fax : .....  
 Email : .....

**AGENT A CONTROLER**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Numéro sécurité sociale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Clé | \_ | \_ |  
 Adresse du contrôle : .....  
 CP : ..... Ville : .....  
 Tél : ..... Port : ..... Email : .....  
 Grade : ..... Poste occupé : .....  
 CNRACL  Non CNRACL

**ARRET DE TRAVAIL****Nature de l'arrêt**

Initial  Prolongation .....-ème prolongation  
 Date d'origine : ..... / ..... / ..... Date de début de l'arrêt : Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....  
 Doit être présent au domicile de 9:00 à 11:00 et de 14:00 à 16:00  
 Sorties libres (un rendez-vous vous sera communiqué afin que vous invitiez votre agent à se soumettre à la contre-visite)  
 Avis de passage  Lettre Suivie

Nom du médecin prescripteur : ..... Exerçant à : .....  
 Spécialité : .....

**CIRCONSTANCES PARTICULIERES**

Le résultat de la contre-visite vous sera transmis par écrit par notre prestataire