



## DEMANDE D'UN AVIS DU MEDECIN DU TRAVAIL POUR UNE FEMME ENCEINTE OU ALLAITANTE

Cette demande doit être faite par le responsable compétent.  
Le certificat du gynécologue (mentionnant la date prévue de l'accouchement) est à joindre à la demande.

### 1. Saisie

#### Personne à examiner :

Nom et prénom(s) :

Matricule :

Adresse privée :

Téléphone :

Email :

Statut :

Fonctionnaire

Employé(e)

#### Poste de travail :

Administration :

Service d'affectation, Adresse :

Responsable compétent :

Nom :

Téléphone :

Email :

Fax :



Veillez saisir une seconde fois le nom et le matricule de la personne à examiner :

Nom et prénom(s) :

Matricule :

### Poste de travail :

CITP-08 :

Poste de travail :

Risques pour la grossesse :

Date prévue  
de l'accouchement :

### Démarche proposée :

Aménagement de poste  
(description de l'aménagement) :

Changement d'affectation  
(description du nouveau poste) :

Dispense de travail  
(motivation de la dispense) :

## 2. Signature

Lieu : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom et signature  
du responsable :

## Protection des données à caractère personnel

Le formulaire que vous allez nous soumettre dans le cadre de votre demande contient des informations à caractère personnel. Ces informations seront enregistrées dans le système d'information de l'Administration des services médicaux du Secteur public. Ces données seront traitées et conservées pendant la période nécessaire à l'exécution de nos obligations.

Pour plus de détails concernant la gestion de vos données personnelles (conformément au [Règlement \(UE\) 2016/679](#) dit « RGPD ») et pour exercer vos droits en la matière, nous vous prions de prendre connaissance de la notice RGPD de l'ASM, disponible en cliquant sur le lien suivant : [Protection des données personnelles - Administration des services médicaux du secteur public - Ministère de la Fonction publique // Le gouvernement luxembourgeois.](#)