STM
SERVICE DE SANTÉ
AU TRAVAIL MULTISECTORIEL

Fiche d'information après arrêt-maladie ininterrompu supérieur à 6 semaines

Loi du 1er juillet 2006 portant introduction d'un Code du Travail, Titre II - Service de Santé au Travail, Art. L. 326-6*

À RENVOYER UNIQUEMENT EN CAS DE REPRISE DU TRAVAIL

☐ **LUXEMBOURG**
32, rue Glesener
L-1630 Luxembourg
Tél. : 40 09 42-1000
Service rendez-vous :
Tél. : 40 09 42-1010
E-mail : rendezvous.lux@stm.lu
Fax : 40 09 42-91906

☐ **ESCH-BELVAL**
Southlane I - 1, avenue du Swing
L-4367 Belvaux
Tél. : 40 09 42-2000
Service rendez-vous :
Tél. : 40 09 42-2010
E-mail : rendezvous.esch@stm.lu
Fax : 40 09 42-91907

☐ **ETTELBRUCK**
1, rue de Feulen
L-9043 Ettelbrück
Tél. : 40 09 42-3000
Service rendez-vous :
Tél. : 40 09 42-3010
E-mail : rendezvous.ettel@stm.lu
Fax : 40 09 42-91908

☐ **GREVENMACHER**
20, route du Vin
L-6794 Grevenmacher
Tél. : 40 09 42-4000
Service rendez-vous :
Tél. : 40 09 42-4010
E-mail : rendezvous.greven@stm.lu
Fax : 40 09 42-91910

Réservé au STM	
Rendez-vous prévu le	à

⚠ **Les salariés ne parlant pas luxembourgeois, français, allemand ou anglais sont priés de se faire accompagner par une personne qui assurera la traduction. Pour une question de confidentialité, le traducteur ne peut pas être un supérieur hiérarchique.**

S'il s'agit d'un rendez-vous pour un salarié à mobilité réduite, cochez cette case ☐

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE *(à compléter par l'employeur)*

Dénomination

Matricule ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ → *uniquement pour les ménages privés* ☐☐

Adresse

Code postal | Ville

Téléphone | Fax | Email

Ce numéro sera utilisé par le STM pour les demandes de renseignements complémentaires

Responsable pour la demande

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SALARIÉ *(à compléter par l'employeur)*

Nom de naissance

Prénom | Nom marital*

Matricule ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐
ou date de naissance *année* *mois* *jour*

Pour les chauffeurs internationaux non-résidents : affiliation au centre commun de la sécurité sociale OUI ☐ NON ☐ ?

Adresse

Code postal | Ville | Téléphone*

Lieu de travail | Date du contrat | Date d'entrée en service

Type de contrat : ☐ déterminé : date de fin de contrat ☐ indéterminé ☐ intérimaire

Dénomination **exacte et précise** du poste occupé par le salarié dans l'entreprise comme défini dans l'inventaire des postes à risques :

Le salarié conduit-il régulièrement des engins ou transporte-t-il des personnes dans le cadre de son activité professionnelle ? OUI ☐ NON ☐ ?

Si oui, précisiez quels types d'engins ou de transports

Dans le cadre de son activité professionnelle, le salarié est-il exposé à des agents cancérigènes ou mutagènes ? OUI ☐ NON ☐ ?

Si oui, précisez exactement lesquels (indiquer les numéros de la liste d'aide)

Durée de l'arrêt de travail jours | Date de début | Date de fin

☐ Accident du travail/trajet ☐ Maladie ou accident privé | Remarques

Date : | **Signature de l'employeur :** *Obligatoire*

Tous les champs sont obligatoires sauf ceux marqués d'un astérisque *.

**Art. L. 326-6 :Si un travailleur reprend son travail après une absence ininterrompue de plus de six semaines pour cause de maladie ou d'accident, l'employeur est tenu d'en avertir le médecin du travail. Le médecin peut soumettre le travailleur à un examen médical ayant pour but d'apprécier son aptitude à reprendre son ancien emploi ou de déterminer l'opportunité d'une mutation, d'une réadaptation ou d'une adaptation du poste de travail.*