Coordonnées COLLECTIVITE

Commune, le

Nom Prénom AGENT

Adresse AGENT

Objet : EXPERTISE MEDICALE

M………..,

Vous voudrez bien noter que j’ai missionné le médecin agréé ci-dessous :

**Docteur ……………**

**Médecin généraliste agréé**

**Adresse EXPERT**

**🕿 .. .. .. .. ..**

pour la réalisation d’une expertise médicale concernant : **MOTIF de l’EXPERTISE**

Un rendez-vous a été fixé le **DATE RENDEZ-VOUS** à **HEURE RENDEZ-VOUS** ; je vous rappelle que cette expertise médicale est obligatoire, puisqu’elle conditionne la régularisation de votre situation administrative.

Lors de la consultation, vous voudrez bien présenter tous documents susceptibles d’intéresser le médecin expert : radiologie, scanner, I.R.M, résultats d’examens, etc.….

Si une circonstance exceptionnelle vous empêchait de vous rendre à ce rendez-vous (hospitalisation prolongée, résidence hors département…), vous devez m’en informer dans les meilleurs délais afin qu’un nouveau rendez-vous puisse être programmé.

Les frais d’expertise sont à la charge de la collectivité.

Je vous prie de recevoir, M……….., l’expression de mes respectueuses salutations.

Le Maire ou Le Président de …………………