

Date et heure :

Supérieur hiérarchique autorisé :

Agent concerné :

SPP SPV PATS

Grade :

Nom :

Prénom :

CIS ou bureau d'affectation :

Poste occupé :

1- ANALYSE DES FAITS

Présence d'un témoin à l'entretien oui non Identité :

Circonstances :

Signes d'ébriété constatés :

Troubles de l'élocution oui non

Troubles de l'équilibre oui non

Altération de la vigilance (sommolence, euphorie, agitation) oui non

Altération du comportement (agressivité, prostration, désorientation) oui non

Haleine alcoolisée oui non

2- DEPISTAGE PAR ALCOOTEST (poste à risques)

Refus de dépistage oui non

Si non, alcootest positif à .. H..

3- AVIS MEDICAL

Contact du médecin d'astreinte départementale Dr à ... H ...

Médecin d'astreinte départementale sur les lieux à .. H ..

Consignes du médecin d'astreinte :

Retour à domicile : oui non à .. H ..

L'agent est raccompagné à son domicile par

.....

Confié à (*identité et lien de parenté*)

Hospitalisation : oui non

Préciser le moyen de transport et l'hôpital d'accueil

.....

Autres :

.....

Contre expertise demandée par l'agent oui non

Si oui, l'agent a été accompagné au laboratoire d'analyses médicales

par

Certificat d'inaptitude médicale oui non jusqu'au .. / .. / ..

Signatures

L'agent	Le témoin	Le médecin d'astreinte départementale	Le supérieur hiérarchique autorisé
Le	Le	Le	Le

Copie à :

- l'agent
- au chef d'unité
- au médecin chef