

DEMANDE DE VISITE

Toute demande de rendez-vous doit être accompagnée impérativement de la fiche « Demande de visite » complétée informatiquement. Tous les champs sont obligatoires

ENTREPRISE

N° d'adhérent : Nom :
 ☎ : 📠 : ✉ :
 Médecin du travail référent :

SALARIE(E)

Nom : Nom de jeune fille :
 Prénom : Né(e) le :
 Adresse (complète) :
 Téléphone :

EMPLOI(S) / POSTE(S)

1 - Date d'embauche :
 2 -
 3 - Type de contrat (CDI, CDD.) :

VISITE DEMANDEE

1/ POUR LES SALARIES EXPOSES A UN OU PLUSIEURS RISQUE(S) PARTICULIER(S) LIE(S) AU POSTE DE TRAVAIL (Art. R. 4624-23 du C. Trav.) :

Risques : (à compléter obligatoirement)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Travailleur – de 18 ans affecté à des travaux dangereux réglementés
<input type="checkbox"/> Salarié ayant une habilitation aux travaux électriques
<input type="checkbox"/> Salarié ayant une autorisation de conduite d'engins de chantier ou de manutention (nacelle, grue, etc.)
<input type="checkbox"/> Amiante
<input type="checkbox"/> Plomb
<input type="checkbox"/> Agents Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques
<input type="checkbox"/> Agents Biologiques des groupes 3 et 4 | <input type="checkbox"/> Rayonnements ionisants
<input type="checkbox"/> Risque Hyperbare
<input type="checkbox"/> Salarié ayant une formation Montage/ démontage d'échafaudage <u>et</u> effectuant du Montage/ démontage d'échafaudage (risque de chutes de hauteur)
<input type="checkbox"/> Port de charges habituelles sans aide mécanique ou accessoire : sup à 55 kg (homme) ou 25 kg (femme) ou 40 kg (femme avec brouette) |
|---|--|

EXAMEN MEDICAL D'APTITUDE

- Initiale (embauche)
 Périodique
 Visite intermédiaire

REPRISE : arrêt du au

- Maternité
 Maladie prof.
 Maladie (uniquement si arrêt > à 30 j)
 Accident du travail (uniquement si arrêt > à 30 j)

VISITE OCCASIONNELLE

- Demande salariée
 Demande employeur (motivée par écrit)

2/ POUR LES SALARIES « HORS POSTE A RISQUE » :

VISITE D'INFORMATION OCCASIONNELLE ET DE PREVENTION

- Initiale (embauche)
 Périodique

REPRISE : arrêt du au

- Maternité
 Maladie prof.
 Maladie (uniquement si arrêt > à 30 j)
 Accident du Travail (uniquement si arrêt > à 30 j)

VISITE

- Demande salariée
 Demande employeur (motivée par écrit)

Pour les intérimaires : à compléter obligatoirement par l'agence d'Interim

ENTREPRISE UTILISATRICE

Raison sociale : Date d'embauche (mission) :
 Adresse :
 Tel / fax / mail :

Date

Signature + Cachet