

FORMULAIRE DE DEMANDE DE VISITE

(A RETOURNER par FAX ou par MAIL)

N° ADHERENT **NOM**

SALARIE(E)

Nom : **Prénom** : **Nom de jeune fille** :

Date de naissance : . / /

POSTE DE TRAVAIL : **CSP**

TYPE DE VISITE (1)

Embauche :

Date d'entrée : / /

Type de contrat (1) : CDI CDD Apprentissage Autre (préciser) :

Date de la dernière visite médicale connue : / /

Si le salarié remplace un salarié parti définitivement, de qui s'agit-il ?

Reprise après (1) :

Maladie Accident du travail Maladie Professionnelle Maternité/Congé parental

Arrêt du / / **au** / / **Date de reprise** / /

Demande employeur :

Motif (2) :

CATEGORIE DE SURVEILLANCE MEDICALE (1)

Suivi individuel **simple** (aucun risque)

Suivi individuel **adapté (1)** :

Handicapé Invalidité Femme enceinte Moins de 18 ans
 Travail de nuit Champs électromagnétiques Agents biologiques pathogènes groupe 2

Suivi individuel **renforcé**, dans ce cas nous déclarer les risques auxquels votre salarié est exposé (1) :

Agents biologiques pathogènes groupes 3 et 4 Amiante
 Agents CMR (Cancérogènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction) Habilitation électrique
 Habilitation de conduite (dont CACES) Manutentions manuelles de charges > 55Kg
 Montage, démontage échafaudages Plomb
 Rayonnements ionisants Risque hyperbare
 Salarié moins de 18ans affecté à des travaux dangereux réglementés

A défaut de déclaration, le salarié sera considéré en suivi individuel simple

Contraintes éventuelles pour le rendez-vous :

Le, / /

NOM DU SIGNATAIRE :

(1) Cocher la case correspondante

(2) A préciser