|  |  |
| --- | --- |
|  | Demande de rendez-vous A envoyer à votre secrétariat médical |

**Type de visite demandée** Choisissez un élément.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Salarié(e)** |  |  |
| **Nom** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Prénom**  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de naissance** | Cliquez ici pour taper du texte. |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adhérent** |  |  |
| **Numéro**  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Raison Sociale** | Cliquez ici pour taper du texte. |
|  |  |
| **Contact**  | [ ]  Mail [ ]  Fax [ ]  Courrier |
|  | Cliquez ici pour taper du texte. |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poste** **De Travail** |  |  |
| **Poste de travail**  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date d’embauche** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Type de contrat** | Choisissez un élément. |
| **Date de début de contrat** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de fin de contrat ou durée** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  |  | **SIA****Suivi Individuel Adapté** | **SIR****Suivi Individuel Renforcé** | **SIR 1** |
| Pas de risques déclarés | Champs électromagnétiques | Agents biologiques groupe 2 | Travail de nuit | Moins de 18 ans | Reconnaissance en Qualité deTravailleurs Handicapés (RQTH) | Invalidité | Grossesse – Allaitement | Amiante | Plomb | Agents cancérogènes,mutagènes, reprotoxiques | Agents biologiques du groupe 3 et 4 | Conduite d’engins (CACES) | Manutention > 55kg | Habilitation électrique | Rayonnements ionisants (cat. B) | Risque hyperbare | Risque de chute (échafaudages) | Autres (selon la déclarationde l’employeur) | Rayonnements ionisants (cat. A) | Moins de 18 ans (travaux dangereux) | mannequins |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Si Visite****De reprise** |  |  |
| **Date du début de l’arrêt**  | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Date de fin de l’arrêt** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Type d’arrêt** | [ ]  Accident de travail >30 jours |
|  | [ ]  Maladie >60 jours |
|  | [ ]  Maternité [ ]  Congé parental |
|  | [ ]  Maladie professionnelle |

**Eventuellement, indisponibilité du salarié (jours non travaillés)** : Cliquez ici pour taper du texte.