|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 de  Travailleurs 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 déclaration  de 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.