

Vos références

Raison sociale

N° d'adhérent :

Nom du demandeur :

Tél :

Fax :

Mail :

Attention ! Toute demande incomplète ne sera pas prise en compte

Le salarié

Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom de naissance :

Prénom :

Nom marital :

Date de naissance :

Poste de travail :

Code PCS :

Informations complémentaires pour création nouveau salarié

Date d'embauche :

Type de contrat (CDD, CDI, apprenti...) :

Pour les CDD, date de fin de contrat :

Le salarié a occupé un emploi identique présentant les mêmes risques d'exposition pour votre entreprise ou pour une autre entreprise : ☐ Oui ☐ non

Catégorie suivant les surveillances : Cocher la ou les correspondantes.

Suivi Individuel Simple (SI) :

- ☐ Cas général hors risque particulier
- ☐ Moins de 18 ans non affecté à travaux réglementés.

- ☐ Salarié exposé aux agents biologiques groupe 2 (AB2)
- ☐ Salarié exposé aux champs électromagnétiques si VLE dépassée.

Suivi Individuel Adapté (SIA) :

- ☐ Travailleur de nuit
- ☐ Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité

- ☐ Travailleur handicapé
- ☐ Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher

Suivi Individuel Renforcé (SIR) :

- ☐ Salarié exposé à l'amiante
- ☐ Salarié exposé aux agents biologiques gp 3 et 4 (ABP3 et 4)
- ☐ Salarié exposé aux rayonnements ionisants Cat B
- ☐ Autorisation de conduite
- ☐ Habilitation électrique (travaux sur installations électriques)
- ☐ Salarié exposé à CMR

- ☐ Salarié exposé au plomb
- ☐ Salarié exposé au risque Hyperbare
- ☐ Salarié exposé au risque de chute de hauteur lors du montage et démontage d'échafaudage
- ☐ Manutention manuelle, port de charge >55kg (R4541-9)

Suivi Individuel Renforcé Annuel (SIRA) :

- ☐ Rayonnements ionisants Cat A

- ☐ Moins de 18 ans affecté à travaux réglementés.

Demande de rendez-vous :

☐ Reprise après un congé de maternité

☐ Reprise après une absence pour cause de maladie professionnelle

☐ Reprise après une absence de + 30 jours suite :
☐ accident de travail
☐ arrêt maladie

Date de la reprise :

Date de la reprise :

Date de la reprise :

Durée de l'arrêt :

Durée de l'arrêt :

Durée de l'arrêt :

☐ Examen à la demande de l'employeur (merci de préciser le motif) :

Annuler ou reporter un rendez-vous :

Date du rendez-vous :

Horaire du rendez-vous :

Nom du médecin ou infirmière :

Reporter le rendez-vous : ☐ Oui, disponibilités :

☐ Non, motif :