

Demande de visite nominative

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Entreprise :**  | **N° adhérent** :  | Date : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **SALARIÉ**  |  |
| NOM DE NAISSANCE :  |  |  | Monsieur [ ]  Madame [ ]  |
| NOM D'USAGE :  |  |  | N° de sécurité sociale : …………………………………………… |
| Prénom :  |  |  | Date de naissance :  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **EMPLOI DÉCLARÉ**  |
| **Intitulé :**  |  |  | **Poste de travail + CSP :**  |
| **Date de début de poste :**  |  |  | [ ]  **CDI** [ ]  **CDD** [ ]  **Autre :**  |

|  |
| --- |
| **MOTIF DE LA VISITE** |
| Embauche [ ]  Périodique [ ]  | À la demande : De l’employeur [ ] Si demande employeur : joindre le formulaire spécifique   Du Médecin du travail [ ]  |
| Reprise AT [ ]  Reprise maladie MP [ ]  Reprise maladie [ ]  Congé maternité [ ] Date de début d’arrêt : ……………………Date de fin d’arrêt : …………………………… |

Type de suivi : SIS: [ ]

 SIA : [ ]  Risques à cocher obligatoirement dans le tableau ci-dessous pour un bon traitement

 SIR : [ ]  Risques à cocher obligatoirement dans le tableau ci-dessous pour un bon traitement

SIR catégorie A ou B (INB) [ ]

**CONTRAINTES DE CONVOCATION : Horaires du salarié : ………………………………………………………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **RISQUES AUXQUELS EST SOUMIS LE TRAVAILLEUR DANS L’ENTREPRISE**  |
| SUIVI INDIVIDUEL RENFORCÉ (SIR)  | COMMENTAIRES (à préciser)  |
| [ ]  Plomb (Art R 4412-120) [ ]  Amiante [ ]  Agents biologiques des groupes 3 et 4 (Art R 4421-3) ***à préciser*** [ ]  Manutention manuelle > 55 kg[ ]  Agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, (Art R 4412-60) ***à préciser***[ ]  Rayonnements ionisants catégorie A [ ]  Rayonnements ionisants catégorie B [ ]  Montage / démontage d’échafaudage [ ]  Risque hyperbare [ ]  Risques particuliers motivés par l’employeur ***(avec un écrit motivé et détaillé envoyé au SPSTI)*** [ ]  < 18 ans affecté aux travaux réglementés  |   |
| SUIVI INDIVIDUEL SIMPLE ADAPTÉ (SIA)  | COMMENTAIRES (à préciser)  |
| [ ]  Travailleur de nuit (*entre 21h et 6 h)* [ ]  Travailleur handicapé ou pension d’invalidité [ ]  Femme enceinte, allaitante ou venant d’accoucher [ ]  Travailleur < 18 ans non affectés à des travaux dangereux [ ]  Travailleur exposé aux agents biologiques groupe 2 ***à préciser*** [ ]  Travailleur exposé aux champs électromagnétiques  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| SUIVI INDIVIDUEL SIMPLE (SIS) | COMMENTAIRES (à préciser) |
| [ ]  Autorisation de conduite / Conduite d’engins CACES : ***à préciser*** [ ]  Habilitations Électriques : ***à préciser***  |  |

 Date : Signature :