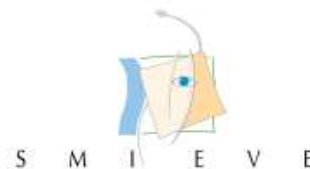


FORMULAIRE DE DEMANDE DE VISITE

(à remplir impérativement par l'employeur)

A nous retourner par mail :



ADHERENT

Numéro : _____ Nom : _____

Nom du médecin du travail : _____

Mail du contact dans la société : _____

TYPE DE VISITE

• Nouveau salarié :

- Date d'entrée :
- Si CDD, date de fin de contrat :

• Reprise (*) : Maladie AT MP Maternité

- Date d'arrêt :
- Date de reprise :

• Occasionnelle (demandée par l'employeur) :

- Motif :

SALARIE

Nom - Prénom : _____ travailleur handicapé* : oui non

Nom de jeune fille : _____ Invalidité* : oui non

Situation familiale : _____ Nuit (+ 270 h /an)* : oui non

Date de naissance : _____ Grossesse en cours* : oui non

Adresse : _____

.....

.....

Adresse mail :@.....

Type de contrat(*) : CDI CDD Saisonnier - de 45 jours Apprenti(e) Intérim

INTITULE DU POSTE DE TRAVAIL :

Risques particuliers (SIR) à cocher (article R4624-23 du CT) :

Amiante Plomb CMR (agents cancérigènes, mutagènes ou toxique/reproduction)

Rayonnements ionisants Montage-démontage Echafaudages Risque hyperbare

Autorisation de conduite (ex : CACES, cariste, nacelles), **attention le permis B, C et D ne sont pas concernés**

Travail sous tension Agents biologiques pathogènes **groupe 3 ou 4**

Dérogation pour travaux dangereux (- 18 ans)

Risques particuliers définis par l'employeur :

Renseignements certifiés exacts, le / / 20

(La date de réception de ce formulaire intégralement rempli correspondra à la date de demande de visite. Cette demande sera ensuite traitée dans les meilleurs délais.)

NOM DU SIGNATAIRE

* rayer la mention inutile