

CE DOCUMENT COMPLETE EST PRIMORDIAL POUR UNE BONNE REALISATION DE LA VISITE MEDICALE

En l'absence de ce document la visite pourra ne pas avoir lieu

Le présent document sera joint au dossier médical du salarié

SALARIE	Nom : Nom de naissance : _____ Prénom : _____	Date de naissance : / /
	Dale d'embauche : / /	Premier emploi : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	Type de contrat : <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> CDD <input type="radio"/> Contrat Apprentissage <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Intérim	



ENTREPRISE	Nom : _____	ETT : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	N° adhérent : _____	

Poste de travail détaillé :	CODE PCS 2008 (3 chiffres- 1 lettre) :

Risques	Suivi individuel adapté personnel <input type="radio"/> travailleur handicapé <input type="radio"/> invalidité <input type="radio"/> moins de 18 ans <input type="radio"/> femme enceinte
----------------	---

Suivi Individuel Renforcé (SIR)	<input type="radio"/> amiante	
	<input type="radio"/> plomb	
	<input type="radio"/> agents CMR	Lesquels ?
	<input type="radio"/> agents biologiques des groupes 3 et 4	
	<input type="radio"/> rayonnements ionisants	<input type="radio"/> Catégorie A <input type="radio"/> Catégorie B
	<input type="radio"/> risque hyperbare	
	<input type="radio"/> risque de chute de hauteur lors des opérations de montage -démontage d'échafaudages	
	<input type="radio"/> Habilitation : <input type="radio"/> Caces – Type ? <input type="radio"/> Travail sous tension <input type="radio"/> Autre – précisez :	
<input type="radio"/> Poste sécurité	A préciser :	

Suivi Individuel adapté (SIA)	<input type="radio"/> Jeunes de –de 18 ans affectés à des travaux dangereux (dérogation) Laquelle ?
	<input type="radio"/> Champs électro magnétiques avec VLEP dépassée
	<input type="radio"/> Travail de nuit > 270 h/an

Autres risques	<input type="radio"/> Manutention manuelle (port de charges supérieur à 25 kg unitaire ou tonnage journalier supérieur à 4 tonnes)	
	<input type="radio"/> Gestes répétitifs	
	<input type="radio"/> Contraintes posturales (bras levés de façon régulière, travail agenouillé ou accroupi,...)	
	<input type="radio"/> Agents chimiques dangereux  ou  - Lesquels ?	
	<input type="radio"/> Rayonnements UV (soudage, insolation...)	
	<input type="radio"/> Travail posté en équipes alternantes – précisez :	
	<input type="radio"/> Travail physique intense	
	<input type="radio"/> Bruit > 80 dB A	
	<input type="radio"/> Vibrations corps entier	<input type="radio"/> Vibrations mains/bras (outils vibrants)
	<input type="radio"/> Risque de chute de hauteur – A préciser :	
<input type="radio"/> Soudage		

Autres risques ou renseignements utiles à transmettre au médecin du Travail :

Date : / /

Visa de l'entreprise :