

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE VISITE

(à remplir impérativement par l'employeur)

A nous retourner par mail :

**TOUTE DEMANDE INCOMPLETE OU ILLISIBLE NE SERA PAR TRAITEE**

## ADHERENT (Nom )

Numéro :

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)\* (article R4624-23 du CT) :** OUI / NON

Amiante **OUI / NON**                       Plomb **OUI / NON**

CMR (agents cancérigènes, mutagènes ou toxique/reproduction) **OUI / NON**

Rayonnements ionisants **OUI / NON**                       Montage-démontage Echafaudages **OUI / NON**

Risque hyperbare **OUI / NON**

Autorisation de conduite (ex : CACES, PONT ROULANT, NACELLES ....) **OUI / NON**

Habilitation électrique **OUI / NON**                       Agents biologiques pathogènes **groupe 3 ou 4 OUI / NON**

Dérogation pour travaux dangereux (- 18 ans) **OUI / NON**

Risques particuliers définis par l'employeur : .....

Renseignements certifiés exacts, le    /    / 2024

(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