

**DEMANDE DE VISITE MEDICALE**

 **Obligatoire \***

|  |
| --- |
| **N° ADHÉRENT \* + NOM ENTREPRISE \*** : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **SALARIÉ(E)\*** |
| Nom de naissance | Cliquez ici pour entrer du texte. | Nom marital : | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Prénoms** de naissance | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Date de naissance  | Cliquez ici pour entrer du texte. | Sexe | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Lieu de naissance | Cliquez ici pour entrer du texte. | Département de naissance | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Numéro de sécurité sociale | Cliquez ici pour entrer du texte. | Nationalité | Cliquez ici pour entrer du texte. |

Contrat de travail \* : CDI [ ]  CDD [ ]  Contrat d’apprentissage [ ]  Travail Temporaire [ ]

# [ ]  EMBAUCHE [ ]  CHANGEMENT DE CATÉGORIE

## Joindre la fiche d’exposition incluant les expositions professionnelles (obligatoire)

*+ Autorisation de transfert de dossier (si suivi autre médecine)*

**Catégorie déclarée \*** : **SIR** **A** [ ] **SIR** **B** [ ]  **SIR** **NE** [ ] 

*(cocher la (les) case(s) correspondante(s))*

[ ]  Amiante

[ ]  Plomb dans les conditions prévues à l'article R. 4412-160

[ ]  Agents biologiques des groupes 3 et 4 mentionnés à l’article R. 4421-3

[ ]  Risque hyperbare

[ ]  Risque de chute de hauteur lors du montage / démontage d’échafaudages

[ ]  Agents cancérogènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction mentionnée à l’article R. 4412-60

[ ]  Habilitation électrique

[ ]  Autorisation de conduite de certains équipements de travail mobiles ou servant à lever des charges – CACES

[ ]  Charges manuelles habituelles de plus de 55 kg (pour les hommes), de plus de 25 kg (pour les femmes)

[ ]  Rayonnements ionisants

[ ]  **SIA NE** [ ]  **SIS NE**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Travailleur de nuit (art. L3122-5 CT)[ ] Moins de 18 ans[ ] Agents biologiques du groupe 2[ ] Champs électromagnétiques | [ ]  Travailleur handicapé[ ] Travailleur en invalidité[ ] Femme enceinte, ayant accouché ou allaitante |

# [ ]  REPRISE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Date de l’arrêt : …………… |
| Maladie [ ]  | Accident du Travail [ ]  | Maternité [ ]  | Date de reprise : …………… |

*Art. R4624-31 du Code du Travail : Le travailleur bénéficie d'un examen de reprise du travail par le médecin du travail :*

*1° Après un congé de maternité ;*

*2° Après une absence pour cause de maladie professionnelle ;*

*3° Après une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident du travail ;*

*4° Après une absence d'au moins 60 jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel.*

*Dès que l'employeur a connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail, il saisit le service de prévention et de santé au travail qui organise l'examen de reprise le jour de la reprise effective du travail par le travailleur, et au plus tard dans un délai de huit jours qui suivent cette reprise.*

# [ ]  À LA DEMANDE DE L’EMPLOYEUR (VM occasionnelle)

# *Apporter des précisions sur le motif de votre demande par mail*

Date \* : ………….. Cachet de l’entreprise & Nom et Signature \*