



# Demande de visite nominative intérimaire (pour les arrêts à partir du 01/04/2022)

*Aucun RV ne sera fourni sans ce document dûment complété*

Entreprise	Date
Rédacteur	N° adhérent

<b>NOM – Prénom</b> (+ Nom de naissance)		<b>Date naissance</b>		
<b>N° Sécurité sociale</b> <small>Article L1111-8-1 Code Santé Publique</small>		<b>Date début de poste</b>		
<b>Postes de Travail</b>	1. 2. 3.	<b>Codes PCS</b>	1. 2. 3.	
<b>Entreprise Utilisatrice</b>		<b>Type de contrat :</b>		
CLASSIFICATION	<input type="checkbox"/>	<b>SIG</b> <i>Suivi individuel général</i>		
	<input type="checkbox"/>	<b>SIA</b> <i>Cas particulier de SIG (cochez l'une des cases ci-dessous)</i>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Travailleur en situation de handicap ou invalidité	<input type="checkbox"/> Femme enceinte ou allaitante	<input type="checkbox"/> Agents biologiques (Cat 2)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Travail de nuit	<input type="checkbox"/> Jeune travailleur de - 18 ans	<input type="checkbox"/> Champs électromagnétiques
	<input type="checkbox"/>	<b>SIR</b> <i>(cochez l'une des cases ci-dessous)</i>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amiante	<input type="checkbox"/> Plomb	<input type="checkbox"/> Hyperbare
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Agents biologiques (cat.3 et 4)	<input type="checkbox"/> Travaux nécessitant une habilitation électrique	<input type="checkbox"/> Agents CMR (Cat 1A&1B)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hauteur lors d'opérations de montage/ démontage échafaudages	<input type="checkbox"/> Rayonnements ionisants	<input type="checkbox"/> Conduite d'engin nécessitant un CACES
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - de 18 ans exposés à des travaux dangereux	<input type="checkbox"/> Manutention de plus de 55 kg	<input type="checkbox"/> Autres (1)
	TYPE DE VISITE DEMANDEE	<b>VISITE D'INFORMATION ET DE PREVENTION / EXAMEN MEDICAL D'EMBAUCHE</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Classique</b> : (réalisée dans les 3 mois suivants l'embauche maximum)				
<input type="checkbox"/> <b>SIR</b> : Suivi individuel renforcé (Visite initiale <b>préalable à l'embauche</b> )				
<input type="checkbox"/> <b>SIA</b> : Suivi individuel Adapté (Visite initiale <b>préalable à l'embauche</b> sauf « travailleur handicapé et femme enceinte »)				
<b>VISITE DE REPRISE</b>				
<b>Date début arrêt :</b>		<b>Date fin arrêt :</b>		
<b>Motif (si connu)</b>				
<input type="checkbox"/> Reprise après Maladie ( <b>arrêt &gt;60 jrs</b> )				
<input type="checkbox"/> Reprise après Accident du Travail ( <b>arrêt &gt;30 jrs</b> )		<input type="checkbox"/> Reprise après congé maternité		
<input type="checkbox"/> Reprise après Maladie Professionnelle				
<b>VISITE OCCASIONNELLE :</b>				
<input type="checkbox"/> A la demande de l'employeur ( <i>Avec motivation écrite à joindre, le salarié devra en être prévenu</i> )				
<input type="checkbox"/> A la demande du salarié				

Pour tout arrêt inférieur à 30 jours suite à un AT, le **médecin** devra être **informé** afin d'apprécier ou non la pertinence d'une visite de reprise.

(1) Poste à risque spécifique à l'entreprise et validé par le médecin du travail