



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

NOM – Prénom (+ Nom de naissance)		Date naissance		
N° Sécurité sociale <small>Article L1111-8-1 Code Santé Publique</small>		Date début de poste		
Postes de Travail	1. 2. 3.	Codes PCS	1. 2. 3.	
Entreprise Utilisatrice		Type de contrat :		
CLASSIFICATION	<input type="checkbox"/>	SIG Suivi individuel général		
	<input type="checkbox"/>	SIA Cas particulier de SIG (cochez l'une des cases ci-dessous)		
		<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"/> Travail de nuit	<input type="checkbox"/> Jeune travailleur de - 18 ans	<input type="checkbox"/> Champs électromagnétiques
	<input type="checkbox"/>	SIR (cochez l'une des cases ci-dessous)		
		<input type="checkbox"/> Amiante	<input type="checkbox"/> Plomb	<input type="checkbox"/> Hyperbare
		<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"/> 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"/> - 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	VISITE D'INFORMATION ET DE PREVENTION / EXAMEN MEDICAL D'EMBAUCHE		
<input type="checkbox"/> Classique : (réalisée dans les 3 mois suivants l'embauche maximum)				
<input type="checkbox"/> SIR : Suivi individuel renforcé (Visite initiale préalable à l'embauche)				
<input type="checkbox"/> SIA : Suivi individuel Adapté (Visite initiale préalable à l'embauche sauf « travailleur handicapé et femme enceinte »)				
VISITE DE REPRISE				
Date début arrêt :		Date fin arrêt :		
Motif (si connu)				
<input type="checkbox"/> Reprise après Maladie (arrêt >60 jrs)				
<input type="checkbox"/> Reprise après Accident du Travail (arrêt >30 jrs)		<input type="checkbox"/> Reprise après congé maternité		
		<input type="checkbox"/> Reprise après Maladie Professionnelle		
VISITE OCCASIONNELLE :				
<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