



FICHE DE RENSEIGNEMENTS PREALABLE A L'EXAMEN MEDICAL D'APTITUDE

Ce document est essentiel pour adapter le suivi du salarié : à défaut, la visite pourrait ne pas être programmée. Votre médecin du travail peut vous aider à identifier les salariés relevant des différents suivis, n'hésitez pas à le consulter.

ENTREPRISE INTERIMAIRE :

Nom de l'entreprise utilisatrice :

Date et heure du rdv

Nom du médecin

Motif de l'examen

INTERIMAIRE

Nom

Prénom

Date de naissance

EMPLOIS

Intitulé des emplois :

Emploi 1

Emploi 2

Emploi 3

CDI intérimaire :

Date embauche :

Date de fin de contrat :

RISQUES ENTRAINANT UN SUIVI INDIVIDUEL RENFORCE (SIR)

Amiante	OUI	NON
Plomb	OUI	NON
CMR (cancérogène, mutagène, reprotoxique) (art R.4412-60 code du travail)	OUI	NON
Agent biologique groupe 3 et 4 (art R.4421-3)	OUI	NON
Rayonnements ionisants (cat A et B)	OUI	NON
Risque hyperbare	OUI	NON
Risque de chute de hauteur lors du montage et démontage d'échafaudage	OUI	NON
Autorisation de conduite et/ou CACES (Cariste, engin de chantier, grue, nacelle, pont roulant)	OUI	NON
Habilitation électrique (art R.4544-10)	OUI	NON
Manutention manuelle de charges supérieures à 55 kg (art R.4541-9)	OUI	NON
< 18 ans affecté à des travaux dangereux réglementés (art R.4153-40)	OUI	NON
SIR à la demande de l'employeur	OUI	NON

AUTRES SITUATIONS DE L'INTERIMAIRE

Travailleur handicapé	OUI	NON
Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité	OUI	NON
Travailleur de moins de 18 ans (art R.4624-18 code du travail)	OUI	NON
Travailleur de nuit (art L.3122-5)	OUI	NON
Travailleur exposé aux agents biologiques groupe 1 et 2 (art R.4421-3/R.4426-7)	OUI	NON
Travailleur exposé aux champs électromagnétiques (art R.4453-10)	OUI	NON

Fiche complétée le :

Nom :

Prénom :

[Une fois le document rempli, enregistrez le en PJ sur votre ordinateur puis envoyez le à l'adresse, mail de votre correspondant habituel](#)

Signature :