



FICHE DE RENSEIGNEMENTS PREALABLE A LA VISITE D'INFORMATION ET DE PREVENTION

Ce document est essentiel pour adapter le suivi du salarié : à défaut, la visite pourrait ne pas être programmée. Votre professionnel de santé 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 professionnel de santé :

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 :

SITUATION DE L'INTERIMAIRE

Travailleur handicapé (VU PAR LE MEDECIN)	OUI	NON
Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité (VU PAR LE MEDECIN)	OUI	NON
Travailleur de moins de 18 ans (art R.4624-18)	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

[Une fois le document rempli](#)

[Enregistrez le en PJ sur votre ordinateur](#)

[Puis envoyez le sur l'adresse mail de votre correspondant habituel](#)

Fiche complétée le :