



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			
	Emploi 1	Emploi 2	Emploi 3
Intitulé des emplois :			
Code PCS –ESE :			
CDI intérimaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Date embauche :			
Date de fin de contrat :			

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

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

Fiche complétée le :

Nom :

Prénom :

Signature :