

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RDV

dans le cadre de l'embauche d'un nouveau salarié
(une fiche par salarié)

Entreprise :
N° d'adhérent : Date :

Salarié(e) :
Nom : Nom de jeune fille : Prénom :
Date de naissance:...../...../..... N° Sécurité Sociale (Accord Salarié):_ _ _ _ _

Entreprise utilisatrice : Date début de mission :/...../.....

Poste de travail : 1/.....
2/.....
3/.....

Pas de risque particulier

Risques professionnels : (A cocher impérativement) art R 4624-23 Code du Travail

<18 ans

Travailleur handicapé et/ou titulaire d'une pension d'invalidité

Femme enceinte (allaitement)

Nuit (entre 21h et 6h ou 270h annuel en horaire de nuit)

Champ électromagnétique

Agents biologiques (groupe 2) (Risque infectieux type Leptospirose, Légionellose...)

Agent biologiques (groupe 3 ou 4) (Soins médicaux, soins hospitaliers, soins à la personne)

Agents cancérogènes (ex : bois, fumées de soudage, gaz d'échappement...), mutagènes et/ ou toxiques pour la reproduction

Amiante

Manutention manuelle supérieure à 55Kg (Art 4541-9)

Plomb

Risque Hyperbare

Risque lors du montage et démontage des échafaudages

Travaux avec autorisation délivrée par l'employeur: chariot engin nacelle ARI

Date obtention CACES :...../...../..... Date prévue formation CACES :/...../.....

Travaux électriques sous tension

Autres : risques selon demande motivée de l'employeur, sur avis du médecin du travail

.....

< 18 ans affectés aux travaux interdits susceptibles de dérogation

Rayonnements ionisants : Catégorie A Catégorie B

Si vous êtes en possession d'une attestation de suivi ou d'une fiche d'aptitude pour un emploi identique présentant des risques d'exposition équivalents: **la joindre impérativement** à votre demande de dispense de visite.

Le médecin du travail de l'entreprise, si nécessaire peut être amené à modifier et/ou compléter cette liste (article R 4624-21 du Code du Travail)

Si contraintes d'horaires ou jour rdv, merci de les noter ci dessous

"Cachet et Signature de l'Employeur"