

Demande de surveillance de santé des travailleurs

(Article I.4-10 du code du bien-être au travail)

L'employeur soussigné _____

(nom, prénom et adresse de l'employeur, personne physique ou forme juridique, dénomination et siège de l'entreprise ou de l'organisme)

prie le médecin du travail de soumettre à l'évaluation de santé prescrite par le livre Ier, titre 4 du code du bien-être au travail.

Monsieur, Madame _____

(nom, prénom de la personne à examiner)

né(e) le _____ demeurant à _____

et de procéder à cet examen en se référant aux indications ci-après.

Poste ou activité: (*) à occuper: effectivement occupé(e):

Nature de l'évaluation de santé: (*)

1. évaluation de santé préalable à l'affectation: (°)

- à un poste de sécurité
- à un poste de vigilance
- à une activité à risque défini: type d'activité: _____
- pour une personne handicapée
- pour un jeune au travail avant la toute première affectation

2. évaluation de santé préalable à un changement d'affectation: (°)

- à un poste de sécurité
- à un poste de vigilance
- à une activité à risque défini: type d'activité: _____

3. examen de reprise du travail

4. examen dans le cadre de la protection de la maternité (°)

- travailleuse enceinte allaitante accouchée (*)
- occupée à un poste dont l'évaluation a révélé une activité à risque spécifique (type: _____)
- occupée à un poste dont l'évaluation a révélé une exposition interdite (type: _____)
- devant effectuer un travail de nuit (horaire : _____)
- demandant une consultation
- qui reprend le travail

Un rendez-vous a-t-il déjà été pris

oui non Si oui : date et heure: _____ Lieu : _____

Date et signature de l'employeur ou de son délégué,

(*) Cocher la mention utile

(°) Cocher la case ad hoc