

SALARIÉ INTÉRIMAIRE

NOM : Prénom :
 NOM de Jeune fille : Date de naissance :/...../.....
 NOM Agence d'Emploi : N° Adhérent :

RENDEZ-VOUS

Nous vous remercions de bien vouloir vous présenter, dans le cadre de notre suivi individuel santé travail, dans notre **centre AIPALS** situé aux coordonnées suivantes :

- Montpellier – 429 rue de l'Industrie – 34070 Montpellier T. 04 67 06 20 10 F. 04 67 06 20 00
 Lattes – 10 Plan du Nega Cat, ZAC Font Banquière – 34970 Lattes T. 04 67 15 93 30 F. 04 67 15 93 31
 Castries – 85 avenue des gardians, Via Domitia – 34160 Castries T. 04 26 78 47 80 F. 04 26 78 47 81

Le : à : h

Avec le Médecin du travail ou l'Infirmier santé travail :

Pour une visite

- INITIALE (*embauche*) REPRISE DU TRAVAIL APRES : VISITE A LA DEMANDE :
 PERIODIQUE Maladie du salarié
 Maternité du médecin du travail
 Accident du travail/Maladie prof. de l'employeur

POSTE DE TRAVAIL

Nom de la ou des entreprises utilisatrices :

Emplois pour lesquels le suivi individuel est demandé :

1/ 2/ 3/

Risques particuliers liés au poste de travail

▪ IMPLIQUANT UN SUIVI INDIVIDUEL RENFORCE (SIR) – si vous cochez une de ces cases, uniquement médecin du travail

<input type="checkbox"/> Agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction de catégories 1 et 2	<input type="checkbox"/> Risque biologique (agents biologiques du groupe3 et 4)	<input type="checkbox"/> Travaux sous tension (habilitation électrique)
<input type="checkbox"/> Autorisation de conduite (avec ou sans CACES)	<input type="checkbox"/> Rayonnements ionisants	<input type="checkbox"/> Plomb

▪ IMPLIQUANT UN SUIVI INDIVIDUEL ADAPTE (SIA) - si vous cochez une de ces cases

Uniquement médecin du travail		Médecin du travail ou infirmière
<input type="checkbox"/> Travailleurs handicapés et/ou Titulaire d'une pension d'invalidité	<input type="checkbox"/> moins de 18 ans (avant embauche)	<input type="checkbox"/> Risque biologique (agents biologiques du groupe 2) (avant embauche)
<input type="checkbox"/> Femme enceinte		<input type="checkbox"/> Travail de nuit (avant embauche)

▪ IMPLIQUANT UN SUIVI INDIVIDUEL (SI) - si vous cochez une de ces cases, médecin du travail ou infirmière

<input type="checkbox"/> Ecran de visualisation	<input type="checkbox"/> Températures extrêmes	<input type="checkbox"/> Postures pénibles
<input type="checkbox"/> Agents Chimiques Dangereux (hors CMR cat 1 & 2)	<input type="checkbox"/> Manutention manuelle de charges	<input type="checkbox"/> Travail en équipes successives alternantes
<input type="checkbox"/> Travail répétitif	<input type="checkbox"/> Vibrations	<input type="checkbox"/> Bruit

AUTRE :

Nous vous rappelons le caractère obligatoire de cet examen qui doit être effectué sur le temps de travail ou payé comme tel, les frais de transports sont pris en charge par l'employeur (art R4624-28).

En fonction des emplois demandés, une analyse d'urine sera effectuée.

Vous devez vous munir de votre carton de vaccination ou votre carton de santé, vos lunettes et tous les documents médicaux concernant votre état de santé, notamment après un arrêt de travail (examen de laboratoire ou de radiologie, ordonnance, compte rendu...etc.) ces éléments étant indispensables pour adapter votre suivi individuel ; leur absence nous contraindrait à vous reconvoquer aux frais de l'entreprise de l'agence d'emploi.

Si vous aviez un empêchement pour vous rendre à cette visite, veuillez en informer l'agence sans délai. Dès réception de la présente, veuillez informer votre responsable sur votre lieu de travail. Ces examens sont à la charge de l'agence d'emploi et tout rendez-vous non honoré lui sera facturé.

Fait le :

Nom du demandeur :