

DEMANDE DE RENDEZ-VOUS DANS LE CADRE D'UNE MISSION INTERIMAIRE

Agence Intérimaire *		Code Adhérent *	
Adresse *		N° Téléphone *	
Nom du demandeur *			
E-mail du demandeur *			
Entreprise utilisatrice * (indiquer l'adresse)			
Date de la demande *			

Informations sur le salarié à convoquer

Nom de Naissance *			
Nom d'usage *			
Prénom *			
Date de Naissance *		N° Sécurité Sociale *	
Date de la prise de poste dans l'entreprise utilisatrice *			
Temps de travail hebdo *		Employeurs multiples	<input type="checkbox"/>
Emploi Principal *		Code PCS * (Numéro et intitulé sur insee.fr)	
Emploi 2			
Emploi 3			
Adresse mail du salarié *			

SURVEILLANCE INDIVIDUELLE RENFORCEE (selon législation en cours) * OUI NON
Code du travail art. R.4624-21 à 28 (voir sur notre site <https://suivi-medical.ast25-sante-travail.fr/>)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amiante (Art. R.4624-23 du CT)
<input type="checkbox"/> Plomb (Art. R.4624-23 et R.4412-160 du CT)
<input type="checkbox"/> Agents CMR (Cancérogènes, Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction) (Art. R.4624-23 et R.4412-60 du CT)
<input type="checkbox"/> Agents biologiques groupe 3 et 4 (Art.R.4624-23, R.4421-3 et R.4426-7 du CT)
<input type="checkbox"/> Rayonnements ionisants catégorie A (Art.R.4624-23 et R.4451-82 du CT)
<input type="checkbox"/> Rayonnements ionisants catégorie B (Art. R.4624-23 et R.4451-57 du CT) | <input type="checkbox"/> Jeunes < 18 ans exposés aux travaux dangereux (Art. R.4153-40 du CT)
<input type="checkbox"/> Milieu Hyperbare (Art. R.4624-23 du CT)
<input type="checkbox"/> Chute de hauteur lors des opérations de montage / démontage d'échafaudages (Art. R.4624-23 du CT)
<input type="checkbox"/> Autorisation de conduite CACES (Art. R.4323-56 du CT)
<input type="checkbox"/> Travaux électriques sous tension (Art. R.4544-10 du CT)
<input type="checkbox"/> Manutentions manuelles inévitables (>55 kg hommes, >25kg femmes...) (Art. R.4541-9 du CT) |
|---|--|

SURVEILLANCE INDIVIDUELLE ADAPTEE (éléments connus concernant le salarié) OUI NON

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Le salarié est âgé de moins de 18 ans
<input type="checkbox"/> Le salarié a une reconnaissance de travailleur handicapé
<input type="checkbox"/> Le salarié est titulaire d'une pension d'invalidité
<input type="checkbox"/> Le salarié est exposé aux champs électromagnétiques | <input type="checkbox"/> Le salarié est travailleur de nuit
<input type="checkbox"/> Le salarié est exposé aux agents biologiques groupe 2
<input type="checkbox"/> Femme enceinte ou allaitante ou venant d'accoucher |
|---|---|

Commentaires (VRT, demande particulière...):