**Date** **:** …… / …… / …………

**Demande de rendez-vous** **A L’EMBAUCHE**

Merci de renseigner TOUS les champs **- A RENVOYER PAR MAIL A L’ASSISTANT REFERENT**

**SOCIETE**

Code adhérent : ………………………Raison Sociale : Nom et coordonnées de la personne demandant la visite :

Nom du médecin du travail :

**SALARIE\***

Nom :

Nom de jeune fille : Prénom :

Date de naissance : …… / …… / ………… Date d’embauche : …… / …… / …………

Contrat : **🖵**  CDI **🖵**  CDD **🖵**  Apprentissage **🖵**  Intérimaire **🖵** Autre – précisez :

Poste de travail / Emploi (si intérimaire, vous pouvez préciser 3 emplois) :

Cas particulier *(la Surveillance Individuelle Renforcée sera indiquée pour les postes à risques identifiés par l’article R.4624-23 du Code du Travail)*

⃝ Agents biologiques des groupes 3et 4

⃝ Agents biologiques groupe 2(AB2)

⃝ Agents cancérogènes, mutagènes, ou toxiques pour la reproduction de cat 1et 2

⃝ Amiante

⃝ Champs électromagnétiques si VLE dépassée

⃝ Chute de hauteur lors de montage/démontage d’échafaudages

⃝ Femme enceinte

⃝ Habilitation de conduite de certains équipements automoteurs et de levages (CACES)

⃝ Habilitation électrique (travaux sur installations électriques)

⃝ Habilitation engins de chantier

⃝ Habilitation grutier pontier

⃝ Manutention manuelle, port de charges > 55kg (R4541-9)

⃝ Moins de 18ans

⃝ Moins de 18ans affecté aux travaux réglementaires

⃝ Pension d’invalidité

⃝ Plomb (dans les conditions prévues à l’article R. 4412-160)

⃝ Rayonnements ionisants catégorie A

⃝ Rayonnements ionisants catégorie B

⃝ Risques particuliers motivés par l’employeur

⃝ Travail de nuit

⃝ Travail en milieu hyperbare

⃝ Travailleur handicapé

**Cachet et Signature :**