**Fiche à compléter et à envoyer par mail avec votre demande de visite à THALIE SANTE :**

**intermittent.region@thalie-sante.org**

**à compléter PAR L’INTERMITTENT :**

|  |
| --- |
| **Nom et prénom de l’intermittent :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Adresse :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Date de naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | **Sexe :** [ ] Femme[ ] Homme | **Téléphone :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Métier(s) exercé(s) par le salarié intermittent du spectacle (jusqu’à 3 métiers) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

***Cette fiche ne doit contenir que des informations non couvertes par le secret médical.***

|  |
| --- |
| **Cochez les risques auxquels vous pensez être exposé :** |
| **Suivi Individuel (SI)** | **Suivi Individuel Renforcé (SIR)** |
| [ ] Aucun risque particulier | [ ] Risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et démontage d’échafaudages[ ] Habilitation électrique[ ] Conduite d’engins (CACES)[ ] CMR (cancérigène, mutagène, reprotoxique) : solvants, résine, colle, poussière de bois, soudure[ ] Milieu hyperbare |
| **Suivi Individuel Adapté (SIA)** |
| [ ]  Travailleur de nuit[ ] Travailleur de moins de 18 ans[ ] Travailleur handicapé, Titulaire d’une pension d’invalidité[ ] Femme enceinte, venant d’accoucher ou allaitante |

|  |
| --- |
| **Date de la dernière visite :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

Date et signature de l’intermittent :