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

[**intermittent.region@thalie-sante.org**](mailto: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 :