

Demandes à envoyer à [faxmedic@btpsanteprevention-bfc.fr](mailto:faxmedic@btpsanteprevention-bfc.fr) pour Besançon et directement à l'assistante concernée pour les autres centres.

Date de la demande :

Agence intérimaire déclarante :

☎ :

Centre de visite souhaité :

Motif de la visite :  embauche -  périodique -  reprise, début et fin de l'arrêt :  autre : .....

**Entreprise utilisatrice**

Nom : .....

Adresse : .....

**Salarié (e)**

Nom de naissance : ..... nom marital : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : ..... **TYPE DE CONTRAT** : intérimaire

CDI

**Postes de travail :**

1 2 3

**Date de début de mission :**

RISQUES PARTICULIERS LIES AU POSTE DE TRAVAIL (R.4624-23 du CT) : informations obligatoires

**Le salarié est-il soumis à un risque listé ci-dessous ? (cocher oui ou non pour chaque item)**

Amiante	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Agents cancérogènes CMR Silice	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Agents cancérogènes CMR Poussière de bois	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Agents cancérogènes CMR autre	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Agents biologiques des groupes 3 et 4 (dont hépatite B, ...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rayonnements ionisants	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Plomb	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Risque hyperbare	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Montage/démontage d'échafaudages	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Habilitation électrique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorisation de conduite, CACES (conduite d'engins, nacelle,...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Manutentions habituelles de charge de plus de 55 kg	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Jeune moins de 18 ans affecté à des travaux interdits soumis à dérogation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

**Si au moins un risque est coché oui, votre salarié bénéficie d'un Suivi Individuel Renforcé**

**SITUATION PARTICULIERE :**

Travailleur handicapé	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	travailleur en invalidité	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Femme enceinte	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	travailleur de nuit	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Exposition à un agent biologique de groupe 2 (leptospirose)				oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>