

FORMULAIRE DE DEMANDE DE VISITE INTERIMAIRE

A remplir par l'agence de travail temporaire et à retourner par mail à l'adresse suivante : interimaire@strm29.fr

Date de la demande :	Agence intérim demandeuse :	Entreprise utilisatrice :
Lieu de chantier :		Ville de l'entreprise utilisatrice :

IDENTITE DU SALARIE INTERIMAIRE	SECTEUR D'ACTIVITE	CATEGORIE DECLAREE	Préciser le ou les risque(s) du salarié déclaré en :																																				
			Suivi Individuel Adapté (SIA) (Cf Décret n°2016-1908 du 27/12/2016)							Suivi Individuel Renforcé (SIR) (Cf Décret n°2016-1908 du 27/12/2016)																													
Nom :	<input type="checkbox"/> B.T.P. <input type="checkbox"/> Non B.T.P.	<input type="checkbox"/> SIS** <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> SIR	Moins de 18 ans	Travailleurs handicapés	Femmes enceintes	Travail de nuit	Salariés exposés à des champs électromagnétiques	Agents biologiques du groupe 2	Amiante	Rayonnements ionisants Catégorie A	Rayonnements ionisants Catégorie B	Plomb	Risque Hyberbare	Agents biologiques 3 et 4	Agents CMR 1 et 2	Montage et démontage des échafaudages	Autorisation de conduite	Habilitation électrique	Port de charges > 55 kg	Jeunes de moins de 18 ans affectés à des travaux réglementés	Poste à risques listés par l'entreprise utilisatrice (art. R. 4624-23)																		
Date de naissance :																						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom de jeune fille :																						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prénom :																																							
RENSEIGNER LE OU LES EMPLOI(S) OCCUPE(S)* et les Codes PCS https://www.insee.fr/fr/informatio n/2497958	N° 1 :	N° 2 :	N° 3 :																																				
PRECISER LA NATURE DE LA VISITE DEMANDEE :	Code PCS :	Code PCS :	Code PCS :	Date de début de mission :	Date de fin de mission :																																		

Commentaires éventuels de l'agence :

Pour rappel : l'employeur est tenu de communiquer au médecin du travail et pour chacun de ses salariés : son identité exacte, le poste de travail occupé, les risques identifiés et sa classification au regard de la surveillance médicale à exercer et il assume toutes les conséquences de ses déclarations. (Cf art. R. 4624-1 à R 4624-39 de la loi du 8 août 2016 applicable au 27 décembre 2016).

ATTENTION : Toute demande incomplète sera non traitée.

* Selon code PCS ** SIS : Suivi Individuel Simple

Cadre réservé à la S.T.R.M.	
N° adhérent agence intérimaire :	
N° adhérent entreprise utilisatrice :	
Médecin du travail concerné :	
VISA ET MOTIF :	