## DEMANDE DE SURVEILLANCE DE SANTÉ DES TRAVAILLEURS

## (Livre I. Titre 4. du Code du bien-être au travail, mesures relatives à la surveillance de la santé des travailleurs; article I.4-10)

L'employeur soussigné (nom, prénom et adresse de l'employeur, personne physique, ou forme juridique, déno-mination et siège de l'entreprise ou de l'organisme)

............................................................................................................................................................................................

prie le conseiller en prévention-médecin du travail de soumettre à l'évaluation de santé prescrite par le livre Ier, titre 4 du code du bien-être au travail

Monsieur, Madame (nom, prénom de la personne à examiner).........................................................................................

né(e) le ...............................................................................................................................................................................

demeurant à ………...............................................................................................................................................................

et de procéder à cette évaluation en se référant aux indications ci-après

Poste ou activité: (\*) à occuper:

effectivement occupé(e):

Nature de l'évaluation de santé: (\*)

1. évaluation de santé préalable à l'affectation: (°)

🞎 à un poste de sécurité

🞎 à un poste de vigilance

🞎 à une activité à risque défini: type d'activité: ....................................................................................................

🞎 pour une personne handicapée

🞎 pour un jeune au travail ou un stagiaire

2. évaluation de santé préalable à un changement d'affectation: (°)

🞎 à un poste de sécurité

🞎 à un poste de vigilance

🞎 à une activité à risque défini: type d'activité: ....................................................................................................

3. examen de reprise du travail

4. examen dans le cadre de la protection de la maternité: (°)

travailleuse enceinte/allaitante/accouchée (\*)

🞎 occupée à un poste dont l'évaluation a révélé une activité à risque spécifique

(type:................................................................................................................................................................)

🞎 occupée à un poste dont l'évaluation a révélé une exposition interdite

(type: ...............................................................................................................................................................)

🞎 devant effectuer un travail de nuit (horaire: ....................................................................................................)

🞎 demandant une consultation

🞎 qui reprend le travail

Date et signature de l'employeur ou de son délégué,

(\*) Biffer les mentions inutiles

(°) Cocher la case ad hoc