|  |  |
| --- | --- |
| Demande de surveillance de santé des travailleurs(Livre Ier, titre 4 du code du bien-être au travail, mesures relatives à la surveillance de la santé des travailleurs) | logo |

L’employeur soussigné :

Nom et fonction:................................................................................................

Nom et adresse du département ou SPF :..................................................................

.....................................................................................................................Adresse e-mail :................................................................................................

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

Fonction :………………………………………………. Service :……………………………………

Poste ou activité :………………………………… Effectivement occupé(e) depuis :……………………..

à occuper  à partir de :………………………………………

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:................................................

3a. examen de reprise du travail : (date de reprise)…………………………………….

3b. visite de pré-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

5. consultation spontanée

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

(\*) Biffer les mentions inutiles

(°) Cocher la case ad hoc