



FICHE DE RENSEIGNEMENTS PREALABLE A LA VISITE D'INFORMATION ET DE PREVENTION

Ce document est essentiel pour adapter le suivi du salarié : à défaut, la visite pourrait ne pas être programmée. Votre professionnel de santé peut vous aider à identifier les salariés relevant des différents suivis, n'hésitez pas à le consulter.

ENTREPRISE INTERIMAIRE :

Nom de l'entreprise utilisatrice :

Date et heure du rdv :

Nom du professionnel de santé :

Motif de l'examen :

INTERIMAIRE	
Nom :	Prénom
Date de naissance :	

EMPLOIS			
	Emploi 1	Emploi 2	Emploi 3
Intitulé des emplois :			
Code PCS –ESE :			
CDI intérimaire	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON
Date embauche :			
Date de fin de contrat :			

SITUATION DE L'INTERIMAIRE	
Travailleur handicapé (VU PAR LE MEDECIN)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité (VU PAR LE MEDECIN)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Travailleur de moins de 18 ans (art R.4624-18)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Travailleur de nuit (art L.3122-5)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Travailleur exposé aux agents biologiques groupe 1 et 2 (art R.4421-3/R.4426-7)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Travailleur exposé aux champs électromagnétiques (art R.4453-10)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Fiche complétée le :