

## **Date de la demande :**

**ENTREPRISE :** Nom : ..... N° Adhérent : .....

## **SALARIÉ(E) :**

Nom : ..... Prénoms : .....

Nom de jeune fille : ..... Date et lieu de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville ..... N° de téléphone: .....

Date d'embauche : ..... Type de contrat : ..... Fin de contrat (si CDD) : .....

Date de la dernière visite médicale : .....

*(Si vous avez la précédente fiche d'aptitude ou attestation de suivi, merci de nous la transmettre)*

## **Poste de travail occupé (ou 3 emplois intérimaires) :**

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

## **SALARIÉ NON EXPOSÉ AUX RISQUES CI-DESSOUS (SIS)**

### **SUIVI INDIVIDUEL ADAPTÉ (SIA)**

- Reconnu Travailleur Handicapé
- Travailleur en invalidité
- Travailleur de moins de 18 ans
- Femme enceinte ou allaitante

Poste de travail de nuit  
(Art R 3122-29 au 3122-31)

- Agents biologiques du groupe 2
- Champs électromagnétiques

### **SUIVI INDIVIDUEL RENFORCÉ (SIR)**

(Code du travail art R4624-23)

- Amiante
- Plomb
- Agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) de catégorie 1a ou 1b
- Agents biologiques des groupes 3 et 4
- Rayonnements ionisants
- Hyperbare
- Chute de hauteur lors du montage et du démontage des échafaudages
- Habilitation électrique
- Autorisation de conduite pour CACES, ponts roulants, engins, grues ...
- Homme port de charge supérieur à 55kg sans aide mécanique (article R 4541-9)
- Femme port de charge supérieur à 25kg sans aide mécanique
- Travailleur < 18 ans (si travaux dangereux soumis à dérogation)

**Tout document incomplet ou illisible ne sera pas traité**

**PRIERE DE JOINDRE LA FICHE DE POSTE DU SALARIE**

**A renvoyer par mail à l'adresse de la secrétaire**