**FICHE DE LIAISON EMPLOYEUR - SSTI**

**A UTILISER POUR CHAQUE DEMANDE DE VISITE**

Document à compléter entièrement et à envoyer directement vers la boite mail de la secrétaire médicale.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom Marital** | **…** | **Nom de Naissance** | … |
| **Prénom** | **…** | **Date de Naissance** | … |
| **Entreprise :** **….** | **Postes de travail** | ▪ … |
|  |  | ▪ … |
|  |  | ▪ … |
|  | **Pour les entreprises intérimaires, PRECISER l’entreprise utilisatrice : …** |
|  | **Suivi Individuel Renforcé** | **VIP Initiale(médecin du travail)** | **Suivi Adapté** |
| **Cocher le ou les risques auxquels est exposé(s) le salariéou****Cocher la case si le salarié est déclaré sans risque particulier** [ ] *L’employeur est responsable de la déclaration des risques auxquels sont exposés ses salariés.* | **Amiante** | **Plomb** | **CMR 1A et 1B ou procédé CMR** (Art R4412-60) (ex : bois, huile de vidange, soudure, silice…) Préciser la **substance chimique:**……………………….. | **Agents biologiques gr 3 et 4 (**Ambulanciers, IDE, AS, …) | **Rayonnements Ionisants cat. A et B** | **Hyperbare** | **Risque de chute de hauteur lors du montage/démontage d'échafaudage** | **CACES, Pontier, Nacelle…** (Art R4646-56) | **Liste motivée par l'employeur** des postes àrisques particuliers | **Habilitations Electriques** (Art R4544-10) | **Moins de 18 ans exposé aux travaux dangereux** (Art. R4153-40) | **Travailleur handicapé, Pension d'invalidité** | **Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher** | **Travailleur de nuit** | **Moins de 18 ans** | **Champs électromagnétiques > VLE** | **Agents biologiques gr 2** (Eaux usées, déchets, …) |
|  |[ ] [ ]  [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [ ]  **Demande de VISITE AU MOMENT DE L’EMBAUCHE** |
| **Date de début de contrat** | **…** |
| **Type de contrat** | **…** |
| **Durée du contrat** | **…** |
| [ ]  **Demande de VISITE REPRISE** |
| **Date de début de l'arrêt** | … |
| **Date de la reprise effective du travail** | … |
| **Type d'arrêt** | [ ] **Arrêt suite accident du travail >30 jours** [ ]  **Arrêt maladie >30 jours**[ ] **Maladie professionnelle** [ ] **Maternité - Congé Parental** |
| [ ]  **Autre demande de VISITE** | **Précisez : …** |
| **Préférences de convocation (jours et horaires)** | .… |

**Date de la demande : Signature de l’entreprise**

JJ/MM/AA