


FICHE DE RENSEIGNEMENTS TRAVAILLEUR TEMPORAIRE

(Tous les champs sont obligatoires pour le suivi individuel)

<p><small>SANTÉ AU TRAVAIL</small> AISMT13 prévenir les risques professionnels</p> <p>AISMT13 - Secrétariat du Dr Insérer adresse Insérer adresse Insérer téléphone - adresse mail</p>	<p>Date de la demande :</p>	<p>Nom de l'Agence d'Emploi :</p> <p>Nom du correspondant :</p>	<p>Cachet et Visa :</p>
<p>COORDONNÉES DU TRAVAILLEUR TEMPORAIRE</p> <p>NOM : Prénom : NOM d'usage : Date de naissance : I.N.S. (ou n° S.S.) : Tél. Mail :</p>	<p>SITUATION PERSONNELLE</p> <p><input type="checkbox"/> Travailleur handicapé <input type="checkbox"/> Titulaire d'une pension invalidité <input type="checkbox"/> Femme enceinte, venant d'accoucher, allaitante</p>	<p>NATURE ET INTITULÉ DES EMPLOIS (dans la limite de trois)</p> <p>1- PCS : 2- PCS : 3- PCS :</p>	
<p>LA MISSION</p> <p><input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Inter Mission Dates de la mission : du --/--/---- au --/--/---- Lieu de la mission : Nom de l'Entreprise Utilisatrice (E.U.) : Nom du Service de Santé au Travail de l'E.U. : Nom du Médecin du Travail :</p>	<p>ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE</p> <p>Fournis par l'Agence d'Emploi : Fournis par l'Entreprise Utilisatrice :</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">Attention si port ARI = Examen Médical d'Aptitude par le Médecin du Travail</p>		

DÉCLARATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

<p>Déclaration complétée en adéquation avec : <input type="checkbox"/> Visite de poste <input type="checkbox"/> Documents de l'Entreprise Utilisatrice (liste des postes à risque, fiche de poste, ...)</p>		<p>DEMANDE DE LA VISITE</p>
<p>Déclaration en Suivi Individuel Renforcé SIR : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (art R 4624-23 du Code du Travail (CT))</p> <p style="color: red; font-weight: bold; text-align: center;">SUIVI RENFORCÉ avec Examen Médical d'Aptitude (EMA)</p> <p><input type="checkbox"/> Amiante (D 4154-1 du CT) sous réserve de dérogation <input type="checkbox"/> Plomb (art R 4412-60 du CT) <input type="checkbox"/> CMR Catégorie 1A ou 1B (art R 4412-60 du CT), précisez :</p> <p><input type="checkbox"/> Agents biologiques Groupe 3 et 4 (art R 4412-3 du CT) <input type="checkbox"/> Rayonnements ionisants Catégorie A (visite tous les ans) et B (D 4154-1 du CT) <input type="checkbox"/> Risque hyperbare <input type="checkbox"/> Risque de chute pendant le montage/démontage d'échafaudage <input type="checkbox"/> Autorisation de conduite (art R 4323-56 du CT), précisez : <input type="checkbox"/> Chariots élévateurs <input type="checkbox"/> Nacelles <input type="checkbox"/> Engins de chantier <input type="checkbox"/> Grues <input type="checkbox"/> Ponts roulants <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Habilitation électrique (art R 4544-10 du CT) <input type="checkbox"/> Moins de 18 ans affectés à des travaux dangereux susceptibles de dérogation (art R 4153-40 du CT) <input type="checkbox"/> Manutention manuelle <u>de façon habituelle</u> de charges lourdes <u>sans aide mécanique</u> > à 55kgs (art R 4541-9 du CT) <input type="checkbox"/> Autres risques demandés par l'employeur, précisez :</p>	<p style="color: blue; font-weight: bold;">SUIVI avec Visite d'Information et de Prévention (VIP) avant l'embauche</p> <p><input type="checkbox"/> Salariés de moins de 18 ans (art R 4824-18 du CT) <input type="checkbox"/> Travailleur de nuit (art R4824-18 du CT) <input type="checkbox"/> Agents biologiques Groupe 2 (art R4426-7 du CT) <input type="checkbox"/> Champs électromagnétiques > à la VLEP réglementaire (art. R4453-10 du CT)</p> <p style="color: blue; font-weight: bold;">SUIVI avec VIP dans les 3 mois maximum après la prise de poste effective</p> <p><input type="checkbox"/> Utilisation de matériel générant des vibrations (art R 4447-1 du CT) <input type="checkbox"/> Exposition au bruit > 80 db (art R4436-1 du CT) <input type="checkbox"/> Rayonnements optiques artificiels (art R 4452-19 du CT) <input type="checkbox"/> Travail posté <input type="checkbox"/> Conduite VL/ PL/ SPL/ transport en commun <input type="checkbox"/> Travail en hauteur (exemples : toiture, pylône) <input type="checkbox"/> Utilisation de machines dangereuses <input type="checkbox"/> Postures contraignantes/Gestes répétés <input type="checkbox"/> Poussières (CMR Catégorie 2) <input type="checkbox"/> Agents Chimiques Dangereux (art R 4412-45 du CT) <input type="checkbox"/> Travail sur écran <input type="checkbox"/> Ambiance thermique (chaud/froid) <input type="checkbox"/> Manutention <u>manuelle</u> < à 55 kgs Autre cas : <input type="checkbox"/> Mannequins (art L 7123-24 du CT)</p>	<p><input type="checkbox"/> Initiale</p> <p><input type="checkbox"/> Périodique Date de la dernière visite :</p> <p><input type="checkbox"/> Reprise <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident de Travail <input type="checkbox"/> Maternité/Parental <input type="checkbox"/> Maladie Professionnelle Dates de l'arrêt : du au</p> <p><input type="checkbox"/> À la demande Précisez :</p>
<p>Commentaires :</p>		 <p style="font-size: small;">PRÉVENTION ET SANTÉ AU TRAVAIL PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR-CORSE</p>