Centre traitant :

N° Client : ……………………………………………….

[ ]  **Demande DE SURVEILLANCE DE SANTE DES TRAVAILLEURS** (titre 4 du livre Ier du code du bien-être au travail)

[ ]  **Demande d’examen dans le cadre du permis de conduire groupe 2** (A.R. du 23 mars 1998)

[ ]  **Demande DE trajet de réintégration (point 6 du formulaire) pour un travailleur en Incapacité de Travail NON-interrompue depuis plus de 4 mois ou déclaré définitivement inapte par son médecin traitant**

L’employeur soussigné (nom, prénom et adresse de l’employeur, personne physique, ou de forme juridique, dénomination et siège de l’entreprise ou de l’organisme)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

prie le conseiller en prévention-médecin du travail de soumettre :

Monsieur, Madame (nom, prénom de la personne à examiner) ………………………………………………………………………….................................

|  |  |
| --- | --- |
|   né(e) le …………………………………………………………. | n° registre national : ……………………………………………………………………….. |

demeurant à : Tél :

[ ]  à l’examen médical dans le cadre du permis de conduire du groupe 2 (A.R. du 23 mars 1998)

[ ]  à l’évaluation de santé prescrite par le titre 4 du livre Ier du code du bien-être au travail

**et de procéder à cette évaluation en se référant aux indications ci-après**

Poste ou activité : à occuper (\*) :

 effectivement occupé(e) (\*) : …………………………………………………………………………………………... (emploi précis)

Nature de l’évaluation de santé : (\*)

1. évaluation de santé préalable à l’affectation : (\*\*) – date d’entrée en service : …………………………………………………………………………..

[ ]  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

1. évaluation de santé préalable à un changement d’affectation : (\*\*) – date d’entrée en service dans la nouvelle fonction : ……………………….

[ ]  à un poste de sécurité

[ ]  à un poste de vigilance

[ ]  à une activité à risque défini : type d’activité : ………………………………………………………………………………………………………....

1. [ ]  examen de reprise du travail – date de reprise du travail : …………………………………………………………………………………………….
2. 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

1. [ ]  consultation spontanée
2. [ ]  évaluation de réintégration d’un travailleur en incapacité de travail non-interrompue depuis plus de 4 mois et ou déclaré définitivement inapte par son médecin traitant. Veuillez joindre les certificats médicaux des 4 derniers mois et, dans le cas échéant, le certificat d’inaptitude au travail définitive. Le travailleur est en incapacité depuis : ……………………………………………………………
3. [ ]  visite de pré-reprise en vue d’un aménagement éventuel du poste de travail.
4. [ ]  examen à la demande de l’employeur (à faire valider par le médecin du travail)

**Date et signature de l’employeur**

**ou de son délégué :**

……………………………………………………..

(\*) biffer les mentions inutiles (\*\*) cocher la case ad hoc