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 APRES 3 MOIS CONSECUTIFS D’Incapacité de Travail ou déclaré définitivement INCAPABLE 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 (à la demande exclusive du travailleur)
2. évaluation de réintégration d’un travailleur après 3 mois consécutifs d'incapacité de travail ou si attestation d'incapacité définitive transmise par le médecin traitant (joindre l'attestation).

Le travailleur est en incapacité de travail depuis : ……………………………………………………………

1. visite de pré-reprise en vue d’un aménagement éventuel du poste de travail (à la demande exclusive du travailleur).
2. évaluation de santé à l’initiative de l’employeur (Art.I.4-4.-§2) (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