

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 REINTEGRATION (point 6 du formulaire) POUR UN TRAVAILLEUR APRES 3 MOIS CONSECUTIFS D'INCAPACITE DE TRAVAIL OU DECLARE DEFINITIVEMENT INCAPABLE PAR SON MEDECIN 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 I^{er} 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
2. 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 :
3. examen de reprise du travail – date de reprise du travail :
4. 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
5. consultation spontanée (à la demande exclusive du travailleur)
6. 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 :
7. visite de pré-reprise en vue d'un aménagement éventuel du poste de travail (à la demande exclusive du travailleur).
8. 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

.....

