

Renseignements pour l'examen médical des salariés temporaires

À remplir par l'Agence d'Emploi (AE) et à retourner au GIST, au minimum 48 h avant la visite.



Raison sociale de l'Agence d'Emploi (AE)

N° adhérent	.....
Nom	.....
Tél	.....



Salarié temporaire

Nom du salarié	.....
Nom de naissance	.....
Prénom	.....
Date de naissance	.....



Convocation

Établie le	.....
Lieu	.....
Médecin ou IDEST	.....



Nature de la visite

- Embauche Date : Périodique
 Reprise de travail - AT/MP Reprise maternité
 Dates de l'arrêt : du au



Emploi(s)

<input type="radio"/> Intérimaire	<input type="radio"/> CDI intérim
1 ^{er} emploi	PCS
2 ^e emploi	PCS
3 ^e emploi	PCS

Entreprise Utilisatrice

cas général	habitation électrique	engins mobiles soumis à autorisation	champs électromagnétiques	agents biologiques (gpe 2)	transport de matières dangereuses / transports en commun	travailleur de nuit	travailleur handicapé	titulaire pension invalidité	femme enceinte et/ou allaitante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SIA	SIA	SIA	SIA
moins de 18 ans travaux NON réglementés	amiante	plomb	agents CMR	agents biologiques (gpe 3 et 4)	montage démontage échafaudages	milieu hyperbare	poste à aptitude spécifique	moins de 18 ans travaux réglementés	rayonnements ionisants
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIA	SIR	SIR	SIR	SIR	SIR	SIR	SIR	SIR ^{annuel}	SIR ^{annuel}

SI Suivi Individuel général | SIA Suivi Individuel Adapté | SIR Suivi Individuel Renforcé | SIR^{annuel} Suivi Individuel Renforcé annuel

SIR - Autre poste à risques, précisez :

.....

Fait à :

/ Le :

Signature :