

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)

☐ Intérimaire ☐ CDI intérim

1 ^{er} emploi	PCS	Entreprise Utilisatrice
2 ^e emploi	PCS	.....
3 ^e emploi	PCS	.....

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