

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"/> | manutention > à 55 kg. <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 | 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 :