**N° D’ADHÉRENT : NOM ADH : *DATE :***

**NOM de naissance : NOM d’épouse:**

**Prénom : Date de naissance :**

**Téléphone et mail du salarié :**

**Date de la dernière visite médicale connue (département ou hors dépt.) :**

***Merci de faire très attention à la saisie de la DATE DE NAISSANCE ainsi qu’à L’ORTHOGRAPHE des noms et prénoms (se référer à la pièce d’identité)***

**POSTES DE TRAVAIL + Codes Socio-Professionnels (CSP) (*3 chiffres + 1 lettre*) (OBLIGATOIRES) :**

**√ 1er emploi : Code CSP :**

**√ 2eme emploi : Code CSP :**

**√ 3eme emploi : Code CSP :**

**Type de contrat : intérimaire date début mission :**

 **CDI intérimaire date début de contrat**

 **Entreprise utilisatrice de + de 200 salariés ?  oui non**

**Nom de l’entreprise utilisatrice : ………………………………………………………………………….**

**Pour toutes les entreprises utilisatrices de plus de 200 salariés adhérentes au CIHL, c’est le médecin en charge de cette entreprise qui assure les visites médicales**

**RISQUES PROFESSIONNELS**

**SIR (SUIVI INDIVIDUEL RENFORCÉ)**

**Amiante**

**Plomb, dans les conditions prévues à l'article R. 4412-160 du code du travail**

**Agents Cancérogènes Mutagènes ou toxiques pour la Reproduction (CMR) mentionnés à l’article R. 4412-60 du code du travail**

**Agents biologiques des groupes 3 et 4 mentionnés à l'article R. 4421-3 du code du travail**

**Rayonnements ionisants**

**Hyperbare**

**Risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages**

**Habilitation électrique**

**CACES, préciser lesquels :**

 **Manutention de charges supérieures à 55 Kg**

**SIA (SUIVI INDIVIDUEL ADAPTÉ)**

**Travail de nuit (entre 0h et 5h), soit 2 x/sem. 3h dans ce créneau soit 270 h/an**

**Femme enceinte/allaitante** **Mineur(e)**

**Travailleur Handicapé Invalidité 1ère ou 2ème catégorie**

**Maladie** **professionnelle**

**SI (SUIVI INDIVIDUEL)**

**SI (sans risque particulier)**

**OBSERVATIONS……………………………………………………………………………………………………………………………..**