



# FORMULAIRE DEMANDE DE VISITE MEDICALE

## Catégorie : Intermittent du spectacle

Tous les champs de ce formulaire doivent être impérativement complétés, le cas échéant le formulaire vous sera renvoyé et retardera la planification de la visite

Nom :  Prénom :

Date de naissance :  Sexe H/F :  Téléphone :

Adresse mail :

Adresse :

Code postal :  Ville :

Numéro de sécurité sociale :

Métier(s) exercé(s) par le salarié intermittent du spectacle (maximum 3 métiers) :

- 
- 
- 

Date de début de mission :  Date de fin de mission :

Date de votre dernière visite médicale :

Catégorie de suivi : SI\* ☐ SIA\* ☐ SIR\* ☐

### Suivi Individuel (SI\*)

- Autorisation de conduite délivrée par l'employeur ou CACES
- Habilitation à effectuer des opérations sur les installations électriques ou dans leur voisinage
- Pas de risque particulier

### Suivi Individuel Adapté (SIA\*)

- Titulaire d'une pension d'invalidité
- Femme enceinte, venant d'accoucher ou allaitante
- Travail de nuit
- Travailleur âgé de moins de 18 ans non affecté à des travaux réglementés
- Agent biologique pathogène groupe 2
- Champ électromagnétique, si valeur limite d'exposition dépassée
- Travailleur handicapé (RQTH)

### Suivi Individuel Renforcé (SIR\*)

- Agent biologique pathogène groupes 3 et 4
- Agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction
- Amiante
- Chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages
- Recours à la manutention manuelle inévitable (homme : supérieur à 55 kg et inférieur à 105 kg - femme : supérieur à 25 kg ou charges à l'aide d'une brouette inférieur à 40 kg, brouette comprise)
- Plomb
- Rayonnements ionisants
- Risques particuliers motivés par l'employeur (Art.R.4624-23)
- Travailleur âgé de moins de 18 ans affecté aux travaux interdits susceptibles de dérogation
- Milieu hyperbare



Ce formulaire est à **retourner** complété accompagné du **bon de prise en charge** par mail : [accueil@sstmc.fr](mailto:accueil@sstmc.fr)

Fait à :  Le :  /  /

Signature :