



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 :

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

-
-
-

Date de votre dernière visite médicale :

Catégorie de suivi* : SI SIA SIR

Déterminants Suivi Individuel Adapté (SIA*)

- 1 - Travailleur handicapé
- 2 - Titulaire d'une pension d'invalidité
- 3 - Femme enceinte, allaitante
- 4 - Travailleur de nuit
- 5 - Salarié de - de 18 ans non affectés à des travaux réglementés
- 6 - Salarié exposé à agents biologiques groupe 2
- 7 - Salarié exposé à des champs électromagnétiques si VLE dépassée

Déterminants Suivi Individuel Renforcé (SIR*)

- 8 - Travailleurs exposés à l'amiante
- 9 - Travailleurs exposés au plomb dans les conditions prévues réglementaires
- 10 - Les salariés exposés aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction
- 11 - Les salariés exposés aux agents biologiques des groupes 3 et 4 prévus réglementaires
- 12 - Les salariés exposés aux rayonnements ionisants
- 13 - Les salariés exposés au risque hyperbare
- 14 - Les salariés exposés au risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et démontage d'échafaudages
- 15 - Les salariés exposés à la manutention manuelle, port de charges > 55kg
- 16 - Habilitation de conduite de certains équipements automoteurs et de levage
- 17 - Habilitation électrique (travaux sur installations électriques)
- 18 - Moins de 18 ans affectés à travaux réglementés
- 19 - Rayonnements ionisants catégorie A
- 20 - Risques particuliers motivés par l'employeur



Ce formulaire est à **retourner** complété accompagné du **bon de prise en charge** par mail : contact.muret@sstmc.fr

Fait à : Le : / /

Signature :