FORMULAIRE DE DEMANDE DE VISITE INITIALE

A envoyer à l'Assistante Médico-Administrative de votre médecin du travail référent

Date : / / **2026**	Salarié (Nom d'usage - **Nom de naissance** - prénom) :
Raison sociale :	Date de naissance : / / Sexe : ☐ masculin ☐ féminin
N° d'adhérent :	Date d'embauche : / /**2026**
Poste de travail :	
Type de contrat : **CDD :** ☐ **CDI :** ☐ **Apprentissage :** ☐ **Intérimaire :** ☐ **Autres :** ☐	

Pour que notre service de santé au travail puisse fixer une date de visite initiale, vous devez nous communiquer au préalable les risques éventuels auxquels votre salarié est soumis afin que l'orientation la mieux adaptée soit mise en œuvre.

Si votre salarié relève d'une catégorie de **Surveillance Individuelle Renforcée (SIR)** ci-dessous, la visite médicale initiale doit être effectuée préalablement à l'affectation sur le poste. Cet examen médical donnera lieu à la délivrance d'un avis d'aptitude.

Case à cocher	**Risques professionnels déclarés**	Surveillance
☐	Salarié exposé à l'amiante	SIR
☐	Rayonnements ionisants	SIR
☐	Salarié exposé au plomb	SIR
☐	Salarié exposé au risque hyperbare	SIR
☐	Salarié exposé aux agents biologiques pathogènes groupes 3 et 4 (ABP3 et 4)	SIR

Case à cocher	**Risques professionnels déclarés**	Surveillance
☐	Salarié exposé à manutention manuelle, port de charges > 55kg (R4541-9)	SIR
☐	Salarié exposé au risque de chute de hauteur lors du montage / démontage d'échafaudage	SIR
☐	Salarié exposé au CMR	SIR
☐	Jeunes de moins de 18 ans affectés à des travaux dangereux réglementés (art. R. 4153-40)	SIR

A. Si votre salarié relève d'une catégorie de **Surveillance Individuelle Adaptée (SIA)** ci-dessous, la visite d'information et de prévention (VIP) initiale doit être effectuée à l'affectation aux risques professionnels ci-dessous. La VIP donne lieu à la délivrance d'une attestation de visite.

Case à cocher	Risques professionnels déclarés	Surveillance
☐	Jeunes travailleurs de moins de 18 ans	SIA
☐	Travailleur de nuit *	SIA
☐	Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher	SIA
☐	Travailleur handicapé (TH)	SIA
☐	Titulaire d'une pension d'invalidité	SIA
☐	Salarié exposé aux agents biologiques groupe 2 (AB2)	SIA
☐	Salarié exposé aux champs électromagnétiques si VLE dépassée	SIA

*Est considéré comme travail de nuit tout travail compris entre 21h et 6h. Est travailleur de nuit, le travailleur soit qui accomplit :
- Au moins deux fois par semaine, selon son horaire habituel, au moins 3h de son temps quotidien entre 21h et 6h
- Au minimum 270h de travail de nuit pendant une période de 12 mois

B. Dans tous les autres cas, votre salarié relève d'une catégorie de **Surveillance Individuelle Générale (SIG)** et la visite d'information et de prévention (VIP) initiale doit être effectuée par un professionnel de santé de Présoa, au plus tard dans les trois mois suivant la prise de poste. La VIP donne lieu à la délivrance d'une attestation de visite.

Case à cocher	Risques professionnels déclarés	Surveillance
☐	Aucun suivi particulier pour ce salarié	SI
☐	CACES - hors R.4855 Chariot gerbeur avec conducteur accompagnant et R.484 Ponts roulants et portiques	SI
☐	Habilitations électriques hors H0B0 (habilitation de premier niveau)	SI

Date de la demande : / / **2026** **Signature et cachet de l'employeur**	***Cadre réservé à PRESOA*** **Date de réception de la demande :** **Date de traitement de la demande :** **Date et heure du rendez-vous :** **Traitée par :**

L'employeur est responsable de la catégorie de surveillance à laquelle appartient son salarié et atteste de la réalité de sa déclaration et de sa conformité des risques déclarés à l'analyse des risques réalisés dans le cadre du Document Unique d'Evaluation des Risques.