

Annexe 1 – Demande de surveillance de santé

**DEMANDE DE SURVEILLANCE DE SANTE DES TRAVAILLEURS***(Prévue à l'article 11 de l'Arrêté Royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de santé des travailleurs)*▶ A TRANSMETTRE AU CESI

L'employeur soussigné,

Nom et prénom de l'employeur :**Dénomination de l'entreprise :****N° affiliation CESI :****Adresse :**

Prie le conseiller en prévention-médecin du travail de soumettre à l'évaluation de santé prescrite par les [A.R. du 28.05.2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs \(M.B.16.06.2003\)](#) et [AR du 04.07.2004 relatif à l'examen de pré-reprise \(MB 03.08.2004\)](#) relatifs à la surveillance de la santé des travailleurs

Nom et prénom de la personne à examiner :**Né(e) le :** **Examen à programmer****Demeurant à :** **Date examen :**

et de procéder à cette évaluation en se référant aux indications ci-après.

Poste ou activité ▶

↳

 A occuper - Date d'entrée en fonction : **Effectivement occupé(e)**

NATURE DE L'EVALUATION DE SANTE

- Evaluation de santé préalable à l'affectation :**
 - à un poste de sécurité
 - à un poste de vigilance
 - à une activité à risque défini : type d'activité
 - à une activité liée aux denrées alimentaires
 - pour une personne handicapée
 - pour un jeune au travail ou stagiaire avant la toute première affectation
- Evaluation de santé préalable à un changement d'affectation :**
 - à un poste de sécurité
 - à un poste de vigilance
 - à une activité à risque défini : type d'activité
 - à une activité liée aux denrées alimentaires
- Examen de reprise du travail** **Date de reprise prévue :**
- Examen dans le cadre de la protection de la maternité :**
 - Travailleuse Enceinte Allaitante Accouchée
 - Occupée à un poste dont l'évaluation a révélé une activité à risque spécifique
 - Occupée à un poste dont l'évaluation a révélé une exposition interdite
type :
 - Devant effectuer du travail de nuit - horaire :
 - Demandant une consultation
 - Qui reprend le travail
- Examen à l'initiative de l'employeur** (une motivation écrite et préalable à adresser au CP-MT est obligatoire)
- Examen de ré-intégration**
- Examen de pré-reprise du travail**
- Consultation spontanée**
- Aptitude permis de conduire du groupe 2** ([AR du 23.03.1998 relatif au permis de conduire \(MB 30.04.1998\)](#))

Date :

Signature de l'employeur ou de son délégué :

Note à l'attention du stagiaire

Les documents suivants sont à apporter le jour de votre visite médicale au CESI.

- Le formulaire de demande de surveillance complété par l'employeur qui vous accueille comme stagiaire ;
- L'analyse des risques du lieu de stage fournie par l'employeur qui vous accueille comme stagiaire ;
- Votre carte d'identité ;
- Vos lunettes le cas échéant ;
- Votre carnet de vaccination ;
- Tout document récent (prise de sang, radiographie, etc...) pouvant éclairer le médecin sur votre état de santé