

## Demande de surveillance de santé des travailleurs

L'employeur soussigné (nom, prénom et adresse de l'employeur, personne physique, ou forme juridique, dénomination et siège de l'entreprise ou de l'organisme): .....

prie le conseiller en prévention-médecin du travail de soumettre à l'évaluation de santé prescrite par livre I, titre 4 du code du bien-être au travail relatif à la surveillance de la santé des travailleurs Monsieur, Madame (nom, prénom de la person

né(e) le .....  
demeurant à .....

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

### Poste ou activité (\*)

à occuper: .....

effectivement occupé(e): .....

### Nature de l'évaluation de santé (\*):

#### 1. 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: .....
- pour une personne handicapée
- pour un jeune au travail ou un stagiaire

#### 2. 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: .....

#### 3. Examen de reprise du travail

#### 4. 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  
(type: .....)
- occupée à un poste dont l'évaluation a révélé une exposition interdite  
(type: .....)
- devant effectuer un travail de nuit (horaire: .....)
- demandant une consultation
- qui reprend le travail

Date: .....

Signature de l'employeur ou de son délégué,

(\*) Biffer les mentions inutiles.(°) Cocher la case ad hoc.