|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et prénom de l’intermittent :**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **Adresse :**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| **Date de naissance :**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | **Sexe :**  Femme  Homme | **Téléphone :**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Métier(s) exercé(s) par le salarié intermittent du spectacle (jusqu’à 3 métiers) :**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |

**1 . Partie à compléter PAR L’INTERMITTENT**

***Cette fiche ne doit contenir que des informations non couvertes par le secret médical et sera envoyée au CMB à l’issue de la visite.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Cochez les risques auxquels vous pensez être exposé :** | |
| **Suivi Individuel (SI)** | **Suivi Individuel Renforcé (SIR)** |
| Aucun risque particulier | Risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et démontage d’échafaudages  Habilitation électrique  Conduite d’engins (CACES)  Port habituel de charge +55kg  Amiante  Plomb  CMR (cancérigène, mutagène, reprotoxique) : solvants, résine, colle, poussière de bois, soudure  Rayonnements ionisants  Agents biologiques groupes 3 et 4  Milieu hyperbare |
| **Suivi Individuel Adapté (SIA)** |
| Travailleur de nuit  Travailleur de moins de 18 ans  Travailleur handicapé, Titulaire d’une pension d’invalidité  Femme enceinte, venant d’accoucher ou allaitante  Agents biologiques groupe 2  Champs électromagnétiques |

|  |
| --- |
| **Date de la dernière visite :**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

Date et signature du salarié :

**2. Partie à compléter PAR LE SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de la visite :** | **Réalisateur de la visite :**  Médecin du travail  Infirmier santé au travail  Collaborateur médecin  Interne santé au travail |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nature de la visite** | Visite d’embauche  Visite périodique  Visite intermédiaire  VIP initiale  VIP de suivi | Reprise - Maladie  Reprise - Accident de travail  Reprise - Maladie prof.  Reprise - Maternité | Occasionnelle médecin  Occasionnelle salarié  Occasionnelle employeur  Visite pré-reprise |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Conclusion** | **Suivi Individuel (SI/SIA)** | **Suivi Individuel Renforcé (SIR)** |
|  | Attestation de suivi  Attestation avec préco d’aménagement  Inapte  Pas d’avis / préco pré reprise | Apte  Apte avec préco d’aménagement  Inapte  Pas d’avis / préco pré reprise  Attestation de suivi (visite intermédiaire) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date de la prochaine visite :** | Visite d’Information et de Prévention  Examen Médical d’Aptitude  Visite intermédiaire  Autre, précisez : | **Cachet et signature :** |