

**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 PREVENTION ET PROTECTION**

L'employeur soussigné

**Nom et prénom de l'employeur** ou  
**Dénomination de l'entreprise**

**N° affiliation CESI :**

**Adresse** Adresse -

Prie le conseiller en prévention-médecin du travail de soumettre à l'évaluation de santé prescrite par les arrêtés royaux du 28 mai 2003 et du 4 juillet 2004 relatifs à la surveillance de la santé des travailleurs

**Nom et prénom de la personne à examiner :** Nom Prénom

**Né(e) le :**

**Examen à programmer**

**Demeurant à :** Adresse -

**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

**Visite de pré-reprise du travail**

**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

**Consultation spontanée**

**Evaluation de santé dans le cadre d'une procédure de reclassement (incapacité de travail définitive)**

**Aptitude permis de conduire du groupe 2 (AR 23 mars 1998)**

(°) cocher la case ad hoc

Date :

Signature de l'employeur ou de son délégué.