Entreprise / N° adhérent : 

**Demande de visite**

**Décret n° 2020-410 du 8 avril 2020**

**adaptant temporairement les délais de réalisation des visites et examens médicaux**

**par les services de santé au travail à l'urgence sanitaire**

Nom du contact :  Votre N° tél : 

E.mail : 

**Date de la demande : **

**Nom de naissance :**  **Nom d’usage : **

**Prénom :**  **Né(e) le :** 

**Numéro de téléphone où joindre le salarié**\*\***:** 

**Emploi occupé :  Nature de la visite : **

**Situation du salarié portée à votre connaissance :**

TRAVAILLEUR HANDICAPE  INVALIDITE  MOINS DE 18 ANS  TRAVAILLEUR DE NUIT

FEMME ENCEINTE, ALLAITANTE OU VENANT D’ACCOUCHER

**Catégorie déclarée en 2020 (Cf. votre déclaration des effectifs de 2020):**

SIG  SIAG : motif   SIAR : motif 

SIR : motif   Siexposérayonnement ionisant :  Cat A  Cat B

**Les dates et motifs de l’arrêt (s’il y a eu plusieurs arrêts mettre les dates et motif du dernier arrêt) :**

Dates de l’arrêt**: du  au **

Motif :  AT  MP  MALADIE  MATERNITE  PERSONNE VULNERABLE

**Cadre réservé au Service de Santé au Travail**

Visite prévue avant le 12 mars 2020 ou après le 31 août 2020 (cf Décret 2020-410) :  OUI  NON

Informations transmises par le salarié : l’arrêt est-il en lien avec la Covid-19 ?  OUI  NON

Motif de l’arrêt : 

Accord du salarié pour la téléconsultation :  OUI  NON

Visite reportable :  OUI : délai de report :  Consultant :  Médecin  Infirmière

NON :  Téléconsultation : date/heure du RV : le  à 

Visite en centre AST

\*\* Certaines visites peuvent être effectuées **en téléconsultation en accord avec le salarié**, il est donc nécessaire que nous puissions contacter le salarié.

**B-16 05/20**