

Logo de l'entreprise

## Demande de surveillance de la santé des travailleurs chemins de fer

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*)

Numéro BCE :

prie le conseiller en prévention-médecin du travail de soumettre le travailleur/la travailleuse

Monsieur, Madame (*nom, prénom de la personne à examiner*) \_\_\_\_\_

né(e) le  numéro NISS :

domicilié(e) à \_\_\_\_\_

à l'évaluation de santé prescrite par le code du bien-être au travail I.4 et la législation ferroviaire et de procéder à cette évaluation en se référant aux indications ci-après :

Poste ou activité (\*)

à occuper

effectivement occupé(e)

et correspondant au profil de prévention : \_\_\_\_\_

## NATURE DE L'ÉVALUATION DE SANTÉ : (°)

1. Évaluation de santé préalable à la reprise (\*\*)
  - à un poste de sécurité
  - à un poste de vigilance
  - à une activité à risque défini : nature de l'activité .....
  - pour un jeune ou stagiaire au travail avant le tout premier emploi
2. Évaluation de santé préalable à un changement d'emploi (\*\*)
  - à un poste de sécurité
  - à un poste de vigilance
  - à une activité à risque défini : nature de l'activité .....
3.  Évaluation de santé périodique (\*\*)
4.  Examen attestation médicale à la demande de l'employeur
5.  Examen attestation psychologique à la demande de l'employeur
6.  Visite préalable à la reprise du travail (demandée par le travailleur)
7. Examen de reprise du travail (après 4 semaines d'absence) (\*\*)
  - examen de reprise après maladie
  - examen de reprise après accident
  - examen de reprise après accouchement
8. Examen dans le cadre de la protection de la maternité
  - Examen dans le cadre d'une grossesse (l'évaluation des risques montre une exposition à certains risques pour la santé pendant la grossesse)
  - Examen dans le cadre de l'allaitement
9. Consultation spontanée (demandée par le travailleur)
  - En raison de problèmes de santé liés au travail
  - Dans le cadre d'un trajet de réintégration (les mesures du plan de réintégration ne sont plus adaptées à l'état de santé du travailleur)
10. Examen demandé par l'employeur en cas de problèmes de santé ou supposition de risque
11. Surveillance de la santé prolongée
12. Extension de la surveillance de santé (après incident ou suspension préventive)

## DE QUELLE ATTESTATION SUPPLÉMENTAIRE LE TRAVAILLEUR A-T-IL BESOIN ?

- Aucune
- Uniquement attestation médicale chemins de fer
- Uniquement attestation psychologique chemins de fer
- Attestation médicale et psychologique chemins de fer
- Certificat d'aptitude à la conduite de groupe 2

## POUR QUELLE RAISON AVEZ-VOUS BESOIN DE L'ATTESTATION ?

- Première demande d'attestation
- Attestation périodique
- Attestation après incident ou suspension préventive

Date et signature de l'employeur ou de son délégué,

--	--	--	--	--	--	--	--

(\*) Biffer les mentions inutiles

(°) Cocher la case ad hoc

(\*\*) Examen obligatoire pour les travailleurs soumis à la surveillance de la santé