

DEMANDE DE SURVEILLANCE DE SANTÉ DES TRAVAILLEURS

Le travailleur soussigné (nom, prénom et adresse du travailleur)

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

prie IDEWE de demander une évaluation de santé chez le conseiller en prévention-médecin du travail dans le cadre du code I.4 et de procéder à cette évaluation en se référant aux indications ci-après(°):

visite de pré-reprise du travail

consultation spontanée

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 votre état de santé)

Date et signature du travailleur,

(°) Cocher la case ad hoc.