

Questionnaire préalable à l'examen médico-professionnel

Le remplissage minutieux de ce questionnaire évitera d'éventuelles re-convocations.

ENTREPRISE

NOM / RAISON SOCIALE	
N° SIRET / N° SIREN	
TELEPHONE	
MAIL	

SALARIE

NOM-PRENOM + N° de téléphone personnel (facultatif)		DATE DE NAISSANCE	
N° SECURITE SOCIALE		DATE D'EMBAUCHE	
TYPE DE CONTRAT	☐ CDI ☐ CDD Durée du contrat : ☐ Apprentissage / Contrat de professionnalisation (Joindre le planning de cours)	☐ Saisonnier. Préciser la durée du contrat : ☐ - de 45 jours de travail effectif ☐ + 45 jours de travail effectif	
INTITULE DU POSTE	COMMUNE DE TRAVAIL		

RAISON DE LA DEMANDE

☐ Embauche ou changement de poste	☐ Suivi périodique
☐ Visite de reprise. Date de reprise : ☐ suite à un congé maternité ☐ en lien avec un accident de travail ☐ en lien avec une maladie professionnelle ☐ en lien avec maladie	☐ Visite à la demande de l'employeur (motivée par un écrit)

TYPE DE SUIVI

• Suivi Individuel Renforcé [SIR] (si au moins un « oui » est coché, le suivi sera renforcé)

Le salarié :	OUI	Le salarié :	OUI
- Usage habituel des Agents Cancérigènes, Mutagènes, Reprotoxiques (CMR 1a et 1b) (article R. 4412-60)  & Mention de danger spécifique H350, H340 ou H360 Exemples de substances possibles : - Produits phytosanitaires, enrobage de semences - Produits biocides, produits vétérinaires, - Silice (coupe de pierre dans la création en paysage, Teillage...) - Hydrocarbure (produits de mécanique, entretien des machines...), - Poussières de bois - Fumées de soudure (activités de mécanique notamment) RAPPEL : (R. 4412-93-1 à R. 4412-93-4) Merci d'établir une liste nominative et actualisée des travailleurs susceptibles d'être exposés aux agents CMR. Merci de nous préciser l'agent CMR et les FDS (Fiches de Données de Sécurité) des produits concernés si elles existent : Nom de l'agent CMR :	☐	Est exposé à des agents biologiques des groupes 3* et 4** * : Psittacose, Fièvre Q, Tuberculose bovine, Virus de la chorioméningite lymphocytaire (neurotropes), Encéphalite à tiques d'Europe, Échinococcose alvéolaire, Brucellose, Virus de l'hépatite E ... ** : Ces agents biologiques (par exemple Ebola) ne sont pas retrouvés en milieu professionnel agricole.	☐
	☐	Exerce ses missions sur un poste à risques particuliers déclarés par l'entreprise au titre de l'article R4624-23 L'employeur peut compléter cette liste après avis du Médecin du travail et du CSSCT ou CSE ou DP, en cohérence avec l'Évaluation des Risques Professionnels et la Fiche d'Entreprise. L'inscription de tout poste sur cette liste doit être motivée par écrit. Liste transmise au Médecin du travail et tenue à disposition de la DREETS, mise à jour annuellement.	☐
	☐	Est un jeune de moins de 18 ans affecté à des travaux réglementés soumis à dérogation (Articles L.4153-9 et R.4153-40 et suivants du Code du travail)	☐
	☐	Présente un risque de chute lors des opérations de montage ou de démontage d'échafaudages	☐
	☐	Porte des charges lourdes, supérieures à 55 kg pour les hommes, et 25 kg pour les femmes	☐

• Est exposé à un risque hyperbare	☐	• Est exposé aux rayons ionisants	☐
• Est exposé à l' amiante	☐	• Est exposé au plomb	☐

• Suivi Individuel Adapté [SIA] (si au moins un « oui » est coché, le suivi sera adapté)

Le salarié :	OUI	Le salarié :	OUI
• Est une femme enceinte ou allaitante	☐	• Est travailleur de nuit (270h sur 12 mois consécutifs et entre 21h et 6h du matin, sauf cas particulier)	☐
• Est un travailleur en situation de handicap et /ou disposant d'une RQTH	☐	• Dispose d'une pension d'invalidité	☐
• Est un jeune de moins de 18 ans non affecté à des travaux réglementés	☐	• Est un apprenti majeur (≥ à 18 ans)	☐
• Applique / utilise des agents chimiques dangereux dont des produits phytosanitaires hors CMR 1a et 1b Merci de nous fournir les FDS (Fiches de Données de Sécurité) des produits concernés	☐	• Est exposé aux agents biologiques du groupe 2* * Maladie de Lyme, Tularémie, Pasteurellose, Streptococcus suis, Hantavirose, Babésiose ou Piroplasmose, Dermatophytose, Leptospirose, ...	☐
		• Est exposé à des champs électromagnétiques dans le cas où la VLEP est dépassée	☐

• Suivi Individuel Simple [SIS]

Le salarié :	OUI
• Dispose d'une habilitation électrique (atelier, maintenance... [liste non exhaustive]) - décret n°2025-355 du 18 avril 2025	☐
• Conduit un ou des engins (chariot élévateur, télescopique, nacelle, chargeur, gerbeur, plateforme...) - décret n°2025-355 du 18 avril 2025       	☐
• Vous n'avez coché aucune case dans l'ensemble des rubriques précédentes ci-dessus	☐

DATE :

SIGNATURE ET/ OU NOM DU REONSABLE