



Best environment and pollution control, we care !

✉ : 2, Rue Bebey Elamè Akwa Douala

☎ : 33 04 77 48 / 99 95 38 47 / 96 97 51 44

📠 : 33 41 30 59

📧 : [info@ges-consulting.com](mailto:info@ges-consulting.com)

Cachet de la division traitante

DEMANDE DE SURVEILLANCE DE SANTE DES TRAVAILLEURS

DEMANDE D'EXAMEN DANS LE CADRE DU PERMIS DE CONDUIRE

L'employeur soussigné (nom, prénom et adresse de l'employeur, personne physique, ou de forme juridique, dénomination et siège de l'entreprise ou de l'organisme)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

prie le conseiller en prévention-médecin du travail de soumettre :  
Monsieur, Madame (nom, prénom de la personne à examiner)

né(e) le

.....  
.....

demeurant à

.....  
.....

à l'examen médical dans le cadre du permis de conduire du groupe 2 (A.R. du 23 mars 1998)

à l'évaluation de santé prescrite par l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs

**et de procéder à cette évaluation en se référant aux indications ci-après**

**Poste ou activité** : à occuper (\*) :

effectivement occupé(e) (\*) :

.....(emploi précis)

**Nature de l'évaluation de santé** : (\*)

1. évaluation 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 avant la toute première affectation
- contraintes écran de visualisation

2. évaluation 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

3.  examen de reprise du travail

4. 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  
(type : .....)
- occupée à un poste dont l'évaluation a révélé une exposition interdite  
(type : .....)
- devant effectuer un travail de nuit (horaire : .....)
- demandant une consultation
- qui reprend le travail

5.  consultation spontanée

6.  évaluation de santé d'un travailleur en incapacité définitive en vue de la réintégration.

7.  visite de pré-reprise en vue de l'aménagement éventuel du poste de travail.  
(\* ) biffer les mentions inutiles (\*\* ) cocher la case ad hoc

**Date et signature de l'employeur ou de son délégué :**

.....