**Visite médicale de fin de carrière**

**Questionnaire d’éligibilité de la visite de fin de carrière**

Décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

Conformément au décret du 9 août 2021, la visite de fin de carrière est réalisée par le médecin du travail si vous avez été exposé à certains risques professionnels. Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire rapide afin que nous disposions des informations nécessaires pour s’assurer de votre éligibilité au dispositif.

**Ce document est à renvoyer directement au Dr** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom de naissance** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Prénom** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de naissance** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Date déclarée de départ / mise à la retraite** **:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Numéro de sécurité sociale** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Entreprise actuelle** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Au cours de toute votre carrière professionnelle (y compris apprentissage, intérim, service militaire, …), avez-vous manipulé ou été exposé à** *(article R. 4624-23 du Code du travail)***:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l’amiante | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| le plomb *(dans les conditions prévues à l'article R. 4412-160 du Code du travail)* | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| des agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (par exemple les poussières de bois, la silice (sable, béton, fumées de soudage, essences) – *(mentionnés à l'article R. 4412-60 du Code du travail)*  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| des agents biologiques des groupes 3 et 4 3 (par exemple les hépatites, le VIH, …) – *(mentionnés à l'article R. 4421-3 du Code du travail)*  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| des rayonnements ionisants  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| un risque de chute de hauteur lors des opération de montage et de démontage d’échaffaudage | Oui [ ]  | Non [ ]  |

**Merci de nous renvoyer le document pour que l’on vous fixe un rendez-vous.**

**Si vous êtes en difficulté pour remplir ce document, prenez contact avec votre service de santé au travail.**