

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MARILYN HERAUD

NOM : HERAUD

PRENOM: Marilyn

DATE DE NAISSANCE : 27 JUILLET 1973 .

LIEU DE NAISSANCE : MEUDON LA FORET (92)

NATIONALITÉ : FRANCAISE

SITUATION DE FAMILLE : CELIBATAIRE

NOMBRE D'ENFANT : 1

ADRESSE POSTALE : Information transmise sur demande

DOMICILE FISCAL : information donnée par téléphone ou mail sur demande

PORTABLE : 06 16 49 54 60

ET mail : heraud.marilyn@gmail.com

STATUT : INTERMITTENTE

COORDONNÉES BANCAIRES : ENVOI DU RIB SUR DEMANDE

N° DE SECURITE SOCIALE : 2 73 07 92 048 073 / 04

CENTRE DE SECU: CPAM 92, 92026 Nanterre Cedex

N° DE CONGES SPECTACLE: U 25 48 12

DATE DE DERNIERE VISITE MEDICALE : le 05 février 2018 (pour une durée de 5 ans)

REFUS DE L'ABATTEMENT PROFESSIONNEL

Service de Santé au Travail SIST CMB - Bourse 26 RUE N D DES VICTOIRES 75086 PARIS CEDEX 02 Tél. : 01 42 60 06 77 - Fax : 01 42 60 95 70	ATTESTATION DE SUIVI <i>individuel de l'état de santé (art. L. 4624-1 du code du travail)</i>	Entreprise Comédien Médecin référent :
---	---	---

Salarié(e)	
Nom :	HERAUD
Prénom :	Marilyn
Date de naissance :	27/07/1973

Comédien


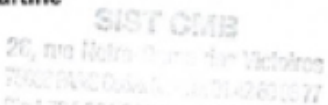
Poste de travail
Voix Off
OU Emploi(s) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intérimaires, mannequins)

Date de la visite
Date : 05/02/2018 Heure d'arrivée : 10:00 Heure de départ : 10:15

Type de visite *
<input checked="" type="checkbox"/> Visite d'information et de prévention <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> initiale (art R. 4624-10) <input checked="" type="checkbox"/> périodique (art R. 4624-16) <input type="checkbox"/> Visite de reprise (art R. 4624-31) <input type="checkbox"/> Visite à la demande (art R. 4624-34) <input type="checkbox"/> Suivi individuel renforcé : visite intermédiaire (art R. 4624-28)
<small>* Si le médecin du travail constate une inaptitude, utiliser l'avis d'inaptitude. Pour les travailleurs en suivi individuel renforcé (hors visite intermédiaire), utiliser les avis d'aptitude et d'inaptitude.</small>

Prochaine visite
A revoir au plus tard le : Février 2023
<input checked="" type="checkbox"/> par le médecin du travail <input type="checkbox"/> par le professionnel de santé dans le cadre d'un protocole sous l'autorité du médecin du travail

Attestation établie par
<input checked="" type="checkbox"/> le médecin du travail OU un autre professionnel de santé, sous l'autorité du médecin du travail, le docteur, dans le cadre d'un protocole, <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le collaborateur médecin <input type="checkbox"/> l'interne en médecine du travail <input type="checkbox"/> l'infirmier(e)

Date : 05/02/2018 Nom et signature du professionnel de santé : Docteur ROYER Martine
 

Attestation de suivi accompagnée d'un document faisant état de proposition de mesures individuelles faites par le médecin du travail après échange avec l'employeur

NB: Tous articles auxquels il est fait référence dans le présent document relèvent du code du travail.
 Le travailleur, l'employeur ou le médecin du travail peuvent solliciter l'organisation d'une visite à la demande par le médecin du travail (R. 4624-34 du code du travail).