



DEMANDE D'UN EXAMEN MÉDICAL D'EMBAUCHE (À remplir par l'employeur)



La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](https://www.adobe.com/reader).

Protection des données à caractère personnel :

En soumettant le présent formulaire, vous allez communiquer des informations à caractère personnel à l'Administration des services médicaux du secteur public (ASM). Celles-ci seront conservées par l'ASM pour la durée nécessaire à l'accomplissement des obligations légales et réglementaires de l'ASM.

Pour plus de détails au sujet de la gestion de vos données personnelles (conformément au Règlement (UE) 2016/679 dit " RGPD ") et pour exercer vos droits en la matière, nous vous prions de prendre connaissance de notre notice RGPD, disponible <https://mfp.gouvernement.lu/fr/support/rgpd/asmrgpd.html>

Toutes les rubriques sont à remplir impérativement. Toute demande non complète ne sera pas prise en considération.

1. Saisie

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

1. Informations sur le demandeur

Nom*	
Prénom(s)*	
N° de téléphone*	
Email*	

2. Informations sur l'agent

Sexe : ☐ M ☐ F ☐ X	
Nom (de naissance)*	
Prénom(s)*	
Matricule CNS*	
Adresse e-mail professionnelle :	
Adresse e-mail privée :	N° de téléphone* :
Date de naissance* :	
Adresse privée:	
Code postal* :	Localité* :
Pays* :	

3. Statut de l'agent

Cochez la case correspondant au statut de la personne :

- | | |
|--|--|
| ☐ Employé | ☐ Employé fonctionnarisé |
| ☐ Fonctionnaire | ☐ Fonctionnaire stagiaire |



4. Statut particulier

☐ Non

☐ Oui

Si oui :

☐ Statut Travailleur handicapé

☐ Reclassement par la Commission mixte

Date :

☐ Décision Commission des pensions

Date :

5. Informations professionnelles

Administration* :

Adresse* :

Code postal* :

Localité* :

Service d'affectation de l'agent* :

Date prévisionnelle d'entrée en fonction* :

Type de contrat (CDI/CDD)* :

Temps de travail :

☐

Temps complet

☐

Temps partiel

Pourcentage du temps partiel :

Date de fin de CDD* :

Informations sur le poste de travail (à remplir complètement)

Code emploi (CITP-08)* :

Poste de travail* :

Missions et descriptif des tâches* :



6. Complétez la grille d'évaluation des risques professionnels - (À remplir par l'employeur)

Cochez la case correspondant au statut de la personne et indiquez la fréquence d'exposition.

1. de l'ordre d'une fois par an
2. de l'ordre d'une fois par mois
3. de l'ordre d'une fois par semaine
4. quotidienne ou permanente

A - Agression (verbale ou physique)

☐ Non ☐ Oui Si oui, fréquence : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

B - Bruit

☐ Non ☐ Oui Si oui, fréquence : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

C - Exposition à des substances chimiques (précisez le nom ou n° CAS)

☐ Non ☐ Oui Si oui, fréquence : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

E - Efforts physiques importants

☐ Non ☐ Oui Si oui, fréquence : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Fa - Conduite de véhicules légers (voiture, camionnette, moto, tracteur < 12T)

☐ Non ☐ Oui Si oui, fréquence : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Fb - Conduite de véhicules lourds (camion, bus)

☐ Non ☐ Oui Si oui, fréquence : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Fc - Conduite d'engins

☐ Non ☐ Oui

Familles	Types d'engins	Si oui, fréquence
Engins de chantier	☐ Pelles ☐ Chargeurs ☐ Engins mixtes	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Engins de chantier spéciaux	☐ Niveleuses ☐ Compacteurs ☐ Finisseuses ☐ Foreuses ☐ Bulldozers ☐ Raboteuses	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Engins de levage avec commande en cabine	☐ Grues à tour commande en cabine ☐ Ponts roulants commande en cabine	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Engins de levage avec commande au sol	☐ Grues à tour commande au sol ☐ Grues mobiles ☐ Grues auxiliaires de chargement de véhicules ☐ Ponts roulants commande au sol	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4



Chariots automoteurs de manutention	☐ Chariots élévateurs frontaux	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
	☐ Chariots élévateurs latéraux	
	☐ Chariots élévateurs à poste de conduite éleuable	
	☐ Chariots élévateurs télescopiques à déport variable	
	☐ Chariots tracteurs et/ou à plateau porteur	
	☐ Transpalettes électriques à conducteur porté et gerbeurs	
Plates-formes élévatrices mobiles de personnes	☐ PEMP automotrices à élévation verticale, PEMP sur véhicules	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
	☐ PEMP automotrices à élévation multidirectionnelle	
Tracteurs	☐ Tracteurs agricoles	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

H - Travail en hauteur

☐ Non ☐ Oui **Si oui, fréquence :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Si oui, précisez

☐ harnais de rétention ☐ harnais antichute ☐ pas de harnais

I - Risques infectieux (contact avec des agents biologiques)

☐ Non ☐ Oui **Si oui, fréquence :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

M - Manutention de charges lourdes

☐ Non ☐ Oui **Si oui, fréquence :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

N - Travail de nuit ou astreintes/permanences

☐ Non ☐ Oui **Si oui, fréquence :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

P - Exposition à des poussières

☐ Non ☐ Oui **Si oui, fréquence :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

R - Utilisation de protection respiratoire lourde

☐ Non ☐ Oui **Si oui, fréquence :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

S - Travail de sécurité / surveillance

☐ Non ☐ Oui **Si oui, fréquence :** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4



T - Travail en horaires décalés ou en équipes/postes

☐ Non ☐ Oui Si oui, fréquence : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

U - Risques d'accidents (ex. : chutes, coupures, écrasements)

☐ Non ☐ Oui Si oui, fréquence : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

V - Exposition à des vibrations (machines, outils...)

☐ Non ☐ Oui Si oui, fréquence : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

W - Port ou usage d'arme

☐ Non ☐ Oui Si oui, fréquence : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

X - Exposition à des radiations (ionisantes ou non)

☐ Non ☐ Oui Si oui, fréquence : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Z - Postures pénibles ou gestes répétitifs (hors poste de bureau)

☐ Non ☐ Oui Si oui, fréquence : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Observations complémentaires*



2. Documents à présenter par l'agent au médecin du travail au moment de l'examen

- carte CNS,
- carte d'identité,
- questionnaire médical dûment rempli,
- dossier médical, rapports médicaux...
- carte de vaccinations...
- en cas de statut particulier (travailleur handicapé, reclassement par la Commission Mixte, décision Commission des Pensions) : le rapport médical détaillé, la lettre de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, etc.

3. Signature de l'employeur

La signature ci-après certifie la conformité des données fournies

Fait à* :

Le* :

Nom et signature
de l'employeur* :