

ANNEXES

Annexe 1

SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL	ATTESTATION DE SUIVI individuel de l'état de santé (art L. 4624-1 du code du travail)	ENTREPRISE
		Médecin référent

SALARIE(E)	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	

POSTE DE TRAVAIL
OU EMPLOI(S) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins...)
1.
2.
3.

DATE DE LA VISITE		
Date :	Heure d'arrivée :	Heure de départ :

TYPE DE VISITE*
<input type="radio"/> Visite d'information et de prévention <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> initiale (art. R. 4624-10) <input type="radio"/> périodique (art. R. 4624-16) <input type="radio"/> visite de reprise (art. R. 4624-31) <input type="radio"/> visite à la demande (art. R. 4624-34) <input type="radio"/> Suivi individuel renforcé : visite intermédiaire (art R. 4624-28)
<i>* 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.</i>

PROCHAINE VISITE
A revoir au plus tard le :
<input type="radio"/> par le médecin du travail <input type="radio"/> par le professionnel de santé dans le cadre d'un protocole sous l'autorité du médecin du travail

ATTESTATION ETABLIE PAR
<input type="radio"/> le médecin du travail <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> le collaborateur médecin <input type="radio"/> l'interne en médecine du travail <input type="radio"/> l'infirmier

DATE
NOM ET SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SANTE

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 les 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).

Annexe 2

SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL	AVIS D'APTITUDE <i>réservé aux travailleurs bénéficiant d'un suivi individuel renforcé</i>	ENTREPRISE Médecin référent
------------------------------------	--	---

SALARIE(E)	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	

POSTE DE TRAVAIL
OU EMPLOI(S) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins)
1.
2.
3.

TYPE D'EXAMEN MEDICAL
<input type="radio"/> Examen médical à l'embauche (art. R. 4624-24)
<input type="radio"/> Examen médical périodique (art. R. 4624-28)
<input type="radio"/> Visite de reprise (art. R. 4624-31)
<input type="radio"/> Visite à la demande (art. R. 4624-34)

DATE DE L'EXAMEN MEDICAL		
Date :	Heure d'arrivée :	Heure de départ :

PROCHAINE VISITE
A revoir :
<input type="radio"/> Par le professionnel de santé dans le cadre de la visite intermédiaire au plus tard le :
<input type="radio"/> Par le médecin du travail dans le cadre de la visite périodique au plus tard le :

DATE :
NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN DU TRAVAIL OU DU COLLABORATEUR MEDECIN

Avis d'aptitude accompagné d'un document faisant état de proposition de mesures individuelles faites par le médecin du travail après échange avec l'employeur

NB : Tous les articles auxquels il est fait référence dans le présent document relèvent du code du travail

Voies et délais de recours par le salarié ou par l'employeur :

Les éléments de nature médicale justifiant le présent avis peuvent être contestés dans un délai de 15 jours à compter de sa notification auprès du conseil de prud'hommes territorialement compétent (art. R. 4624-45 du code du travail),

Annexe 3

SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL	AVIS D'INAPTITUDE <i>(art. L. 4624-4 du code du travail)</i>	ENTREPRISE Médecin référent
------------------------------------	--	---

SALARIE(E)	Nom : _____ Prénom : _____
	Date de naissance : _____

POSTE DE TRAVAIL
OU EMPLOI(S) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins...)
1. _____
2. _____
3. _____

TYPE D'EXAMEN MEDICAL
Suivi individuel renforcé : <input type="radio"/> Examen médical à l'embauche (art. R. 4624-24) <input type="radio"/> Examen médical périodique (art. R. 4624-28) <input type="radio"/> Visite intermédiaire (art. R. 4624-28)
Visite d'information et de prévention <input type="radio"/> initiale (art. R. 4624-11) <input type="radio"/> périodique (art. R. 4624-16)
<input type="radio"/> Visite de reprise (art. R. 4624-31) <input type="radio"/> Visite à la demande (art. R. 4624-34)

DECLARATION D'INAPTITUDE
<i>Mentions obligatoires en application de l'art. R. 4624-42 du code du travail</i>
Date de la 1 ^{ère} visite : _____ Heure d'arrivée : _____ Heure de départ : _____
<input type="radio"/> Etude de poste en date du : _____
<input type="radio"/> Etude des conditions de travail en date du : _____
<input type="radio"/> Echange avec l'employeur en date du : _____
<input type="radio"/> Date de la dernière actualisation de la fiche d'entreprise : _____
Le cas échéant : date de la 2 ^{ème} visite : _____ Heure d'arrivée : _____ Heure de départ : _____

CAS DE DISPENSE DE L'OBLIGATION DE RECLASSEMENT <i>(articles L. 1226-2-1, L. 1226-12 et L. 1226-20 du code du travail)</i>
<input type="radio"/> « Tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé »
<input type="radio"/> « L'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi »

CONCLUSIONS ET INDICATIONS RELATIVES AU RECLASSEMENT (art. L. 4624-4)

DATE :
NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN DU TRAVAIL OU DU COLLABORATEUR MEDECIN

NB : Tous les articles auxquels il est fait référence dans le présent document relèvent du code du travail

Voies et délais de recours par le salarié ou par l'employeur :

Les éléments de nature médicale justifiant le présent avis peuvent être contestés dans un délai de 15 jours à compter de sa notification auprès du conseil de prud'hommes territorialement compétent (art. R. 4624-45 du code du travail).

Annexe 4

SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL	Proposition de mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou de mesures d'aménagement du temps de travail (art. L. 4624-3 du code du travail)	ENTREPRISE Médecin référent
-----------------------------	--	------------------------------------

SALARIE(E)	
Nom	Prénom
Date de naissance	

POSTE DE TRAVAIL	
OU EMPLOI(S) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins...)	
1.	
2.	
3.	

DATE :
NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN DU TRAVAIL
OU DU COLLABORATEUR MEDECIN

Document délivré:

- avec l'attestation de suivi en date du :
 avec l'avis d'aptitude en date du :

Echange avec l'employeur en date du :

Voies et délais de recours par le salarié ou par l'employeur :

Les éléments de nature médicale justifiant le présent document peuvent être contestés dans un délai de 15 jours à compter de sa notification auprès du conseil de prud'hommes territorialement compétent (art. R. 4624-45 du code du travail).