

Annexe n° 3

FICHE D'APTITUDE AU TRAVAIL

En application des dispositions de l'article 11 du Décret n° 2000-1985 du 12 septembre 2000
portant organisation et fonctionnement des services de médecine du travail

1- L'ENTREPRISE

Raison sociale.....

Adresse :.....

Nature d'activité :.....

N° d'affiliation à la caisse nationale de

2- LE TRAVAILLEUR

Nom et prénom

Date et lieu de naissance :.....

Adresse :.....

N° d'immatriculation à la caisse nationale.....

Qualifications professionnelles :.....

Date de recrutement :.....

Poste du travail :.....

3- EXAMEN MEDICAL A L'EMBAUCHE

Je soussigné (e)..... médecin du travail, certifie que le travailleur susnommé est :

Apte au poste (à préciser) :.....

Apte avec aménagement du poste (à préciser):

Apte après changement du poste (à préciser):.....

Inapte temporaire au poste (préciser la période):

Inapte définitif à tout poste du travail dans l'entreprise.....

Signature du médecin du travail

4- EXAMENS MEDICAUX ULTERIEURS

Date et Nature de l'examen médical (<input type="checkbox"/> P périodique, <input type="checkbox"/> R de reprise du travail, <input type="checkbox"/> S spontané)	Conclusions en matière d'aptitude au travail (à préciser)	Nom, prénom et Signature du médecin du travail
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	