

## Annexe 2

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

<b>SALARIE(E)</b>
Nom : <span style="float: right;">Prénom :</span>
Date de naissance :

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

<b>TYPE D'EXAMEN MEDICAL</b>
<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)

<b>DATE DE L'EXAMEN MEDICAL</b>
Date : <span style="float: right;">Heure d'arrivée :</span> <span style="float: right;">Heure de départ :</span>

<b>PROCHAINE VISITE</b>
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 :

<b>DATE :</b> <b>NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN DU TRAVAIL OU DU COLLABORATEUR MEDECIN</b>    
--

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).