Annexe 3

SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL	**AVIS D'INAPTITUDE** *(art. L. 4624-4 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.

TYPE D'EXAMEN MEDICAL

Suivi individuel renforcé :

- ❍ Examen médical à l'embauche (art. R. 4624-24)
- ❍ Examen médical périodique (art. R. 4624-28)
- ❍ Visite intermédiaire (art. R. 4624-28)

Visite d'information et de prévention

- ❍ initiale (art. R. 4624-11)
- ❍ périodique (art. R. 4624-16)

❍ Visite de reprise (art. R. 4624-31)

❍ Visite à la demande (art. R. 4624-34)

DECLARATION D'INAPTITUDE

Mentions obligatoires en application de l'art. R. 4624-42 du code du travail

Date de la 1ère visite: *Heure d'arrivée :* *Heure de départ :*

❍ Etude de poste en date du :

❍ Etude des conditions de travail en date du :

❍ Echange avec l'employeur en date du :

❍ Date de la dernière actualisation de la fiche d'entreprise :

Le cas échéant : date de la 2nde visite : *Heure d'arrivée :* *Heure de départ :*

CAS DE DISPENSE DE L'OBLIGATION DE RECLASSEMENT

(articles L. 1226-2-1, L. 1226-12 et L. 1226-20 du code du travail)

❍ « Tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé »

❍ « 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).