

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 <i>(art. L. 4624-3 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.	

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

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).