

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Service de Santé au Travail</b><br>ACTION SANTE TRAVAIL<br>ACTION SANTE TRAVAIL<br>15 ZAS DE CANTERAINNE RUE DE<br>CANTERAINNE<br>62130 SAINT POL SUR TERNOISE<br>Tél. : 0321032967 | <b>AVIS D'APTITUDE</b><br><i>réservé aux travailleurs bénéficiant d'un suivi<br/>individuel renforcé</i> | <b>Entreprise</b><br>02023408000<br>DRILLING FRANCE SAS<br>SAINT MICHEL SUR TERNOISE<br>Médecin référent :<br>Docteur MARECHAL Laura |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                      |                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Salarié(e)</b><br>Nom : FTIMA<br>Prénom : Karim<br>Date de naissance : 04/08/1974 | DRILLING FRANCE SAS<br>10 TER RUE WATHIEUMETZ<br>62130 SAINT MICHEL SUR TERNOISE |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Poste de travail</b><br>Technicien polyvalent                                                                |
| <b>OU Emploi(s) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intérimaires, mannequins)</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Type d'examen médical</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Examen médical à l'embauche (art R. 4624-24)<br><input type="checkbox"/> Examen médical périodique (art R. 4624-28)<br><input type="checkbox"/> Visite de reprise (art R. 4624-31)<br><input type="checkbox"/> Visite à la demande (art R. 4624-34) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date de l'examen médical</b><br>Date : 07/02/2022      Heure d'arrivée : 08:50      Heure de départ : 09:40 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prochaine visite</b><br>A revoir :<br><input checked="" type="checkbox"/> Par le professionnel de santé dans le cadre de la visite intermédiaire au plus tard le : Février 2024<br><input type="checkbox"/> Par le médecin du travail dans le cadre de la visite périodique au plus tard le : |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date : 07/02/2022<br>Nom et signature du Médecin du Travail ou du<br>Collaborateur Médecin :<br>Docteur MARECHAL Laura<br> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

☐ 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).