



Avis d'aptitude

réservé aux travailleurs bénéficiant
d'un suivi individuel renforcé

SALARIÉ(E)

Nom de naissance : **DEBUICHE**

Prénom(s) de naissance : **Alexis Guillaume Christophe**

Date de naissance : **02/03/2002**

Lieu de naissance : **Auchel (62048)**

Sexe : **homme**

N° de matricule INS (NIR ou NIA) : **1 02 03 62 048 252 26 (NIR)**

Datamatrix INS :



INS à scanner

POSTE DE TRAVAIL

Le poste fait l'objet de mesures individuelles prévues à l'article L. 4624-3 :

- ☐ Oui, depuis le :
☒ Non

Intitulé du poste de travail : **Géomètre topographe**

OU EMPLOI(S) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins...)

TYPE D'EXAMEN OU DE VISITE

- ☒ Examen médical à l'embauche (art. R. 4624-24)
☐ Renouvellement de l'examen médical d'aptitude (art. R. 4624-28)

DATE DE L'EXAMEN OU DE LA VISITE

Date : **2 avril 2026**

Heure d'arrivée : **10:07**

Heure de départ : **10:59**

PROCHAIN EXAMEN OU VISITE

À revoir au plus tard le : **01/04/2028**

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 avis reposant sur des éléments de nature médicale émis par le médecin du travail peuvent être contestés dans un délai de 15 jours à compter de leur notification auprès du conseil de prud'hommes territorialement compétent (art. R. 4624-45 du code du travail).

DATE : 02/04/2026

NOM : Dr MARECHAL Laura

QUALITÉ : Médecin du travail

MAIL ET TÉLÉPHONE PROFESSIONNELS :

k.gosset@actionsantetravail.fr

0321032967

SIGNATURE DU MÉDECIN :

Scellé par Laura MARECHAL via Padoa

Le 02/04/2026

Dr Laura MARECHAL

Signed with
Universign

proposition de mesures individuelles faites par le médecin du travail après échange avec l'employeur

(X) Je reconnais avoir bien reçu l'avis du 02/04/2026

SIGNATURE DU SALARIÉ Alexis DEBUICHE

Le 02/04/2026 Signé par Alexis DEBUICHE