

| Service de Santé au Travail                                                                                                                      | AVIS D'APTITUDE                                                                | Entreprise                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | <i>réservé aux travailleurs bénéficiant d'un suivi<br/>individuel renforcé</i> | COQUART et FILS<br>SAINT MICHEL SUR TERNOISE<br><br>Médecin référent :<br>Docteur MARECHAL Laura |

| Salarié(e)                     | COQUART et FILS                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Nom : BURGUIERE                | 10 TER RUE WATHIEUMETZ          |
| Prénom : Boris                 |                                 |
| Date de naissance : 18/02/1984 | 62130 SAINT MICHEL SUR TERNOISE |

| Poste de travail                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chauffeur spl / assistant chantier                                                                       |
| OU Emploi(s) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intérimaires, mannequins) |
|                                                                                                          |

| Type d'examen médical                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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) |

| Date de l'examen médical                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| Date : 01/10/2020      Heure d'arrivée : 12:50      Heure de départ : 13:10 |

| Prochaine visite                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A revoir :<br><input checked="" type="checkbox"/> Par le professionnel de santé dans le cadre de la visite intermédiaire au plus tard le : Octobre 2022<br><input type="checkbox"/> Par le médecin du travail dans le cadre de la visite périodique au plus tard le : |

|                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date : 01/10/2020<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).