

Fiche d'aptitude médicale

(Art. R.4624-47, R.4624-49 du Code du travail, ou R.717-28 du Code rural et de la pêche maritime)

Identité et cachet du service de santé :

Identification de l'entreprise :

Mise à jour de la fiche d'entreprise (mm/aa) :

Cette mention est obligatoire dans les fiches d'aptitude établies en application des articles R.3122-19, R.4412-47, R.4451-82 du code du travail

Salarié (e) : Nom Prénom

Date de naissance :

Date d'embauche :

Poste de travail :

ou emploi (s) dans la limite de 3 (art R.4625-9 et R.5132-26-7 du code du travail et D.717-26-2 du code rural et de la pêche maritime) :

- 1
- 2
- 3

Date de l'étude de poste (jj/mm/aa) :

Cette mention est obligatoire dans les fiches d'aptitude établies en application des articles R 3122-19, R 4412-47 et R 4451-82 du Code rural et de la pêche maritime

Salarié bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée (SMR) : Oui Non

| Nature de l'examen | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Visite d'embauche | <input type="checkbox"/> Visite périodique Date de la précédente visite périodique : Le cas échéant date du précédent entretien infirmier : Date du précédent examen de nature médicale si SMR : | <input type="checkbox"/> Visite de reprise <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Accident du travail <input type="checkbox"/> Accident ou maladie non professionnel | <input type="checkbox"/> Visite à la demande <input type="checkbox"/> Du salariné <input type="checkbox"/> De l' employeur <input type="checkbox"/> Du médecin du travail (en cas d' <i>inaptitude envisagée</i>) <input type="checkbox"/> Autres cas (art R 717-22 code rural) |
| Conclusions : | | | |
| <input type="checkbox"/> Apte | | <input type="checkbox"/> Inapte <input type="checkbox"/> 2^{ème} visite (article R.4624-31 du code du travail ou R.717-18 du code rural) <input type="checkbox"/> en un seul examen <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> danger immédiat<input type="radio"/> visite de pré reprise en date du | |
| Date de l'examen : | Heure de convocation : Heure d'arrivée : Heure de départ : | Nom et signature du médecin | |
| A revoir | | | |

Voies et délais de recours par le salarié ou par l'employeur

Cet avis peut être contesté dans les deux mois suivant sa notification par lettre recommandée avec avis de réception, auprès de l'inspecteur du travail (art R.4624-35 du code du travail ou R.717-18 du code rural et de la pêche maritime).

Ce délai est réduit à 15 jours pour les avis concernant les salariés exposés à des agents chimiques dangereux, des rayonnements ionisants ou travaillant en milieu hyperbare (art R. 4412-48, R.4451-83 et article 33 II du décret n° 90-277 du 28 mars 1990).