

CERTIFICAT D'APTITUDE AU TRAVAIL

Examen médical professionnel · Apte / Inapte

Dr : _____ N° RPPS : _____

Entreprise / Service de santé au travail : _____ Adresse : _____ Tél. : _____

CERTIFIE L'APTITUDE MÉDICO-PROFESSIONNELLE DE

Salarié(e) : _____ Sexe : _____

Pièce d'identité : _____ Âge : _____ Poste : _____

Entreprise : _____ Type d'examen : _____

RÉSULTAT DE L'EXAMEN MÉDICAL PROFESSIONNEL :

☐ APTE ☐ APTE AVEC RESTRICTIONS ☐ INAPTE

CONSTANTES ET PARAMÈTRES CLINIQUES :

T.A. : _____ F.C. : _____ F.R. : _____ Temp. : _____ Poids : _____

Taille : _____ IMC : _____ Glycémie : _____ Vision : _____

OBSERVATIONS / RESTRICTIONS SPÉCIFIQUES :

Le présent certificat est établi à : _____

Dr : _____ N° RPPS : _____ Date : _____

Signature et cachet du médecin