



EXAMEN MÉDICAL D'APTITUDE POUR LE TRAVAIL DE NUIT ET CONSEILS

(Examen médical obligatoire en vertu de l'art. 45 OLT 1)

(cf. Guide-Travail de nuit ou en équipes – abrégé des mesures préventives d'ordre médical
→ www.permisduréedutravail.ch)

Nom et adresse du médecin:	Nom et adresse de l'entreprise:

Personne examinée:		
Nom _____	Prénom _____	Année de naissance _____
Adresse _____		

Lieu, Date: _____

Signature de la personne examinée: _____

Prière de signer à la main

Décision:

J'ai examiné la personne désignée ci-dessus et ai clarifié la question de son aptitude au travail de nuit et en équipes. (Cocher la mention pertinente)

- Rien ne s'oppose à l'affectation prévue (aptitude).**
- L'affectation prévue n'est temporairement pas possible (non-aptitude temporaire) :**
Réévaluation dans mois
- L'affectation est partiellement possible aux conditions suivantes (aptitude à certaines conditions) :**
.....
.....
- Le collaborateur désigné ci-dessus n'est, pour raisons de santé, pas apte à l'activité prévue (non-aptitude).**

La déclaration d'aptitude a une validité de 2 ans maximum.

Lieu, date: _____

Signature du médecin: _____

Prière de signer à la main

Cette décision et la facture vont: →

- à l'employeur (permis de travail de nuit ou en équipes). En vertu de l'art. 46 LTr et de l'art. 73 OLT 1, l'employeur doit conserver ce formulaire afin que les autorités compétentes en matière d'exécution et de contrôle puissent le consulter si nécessaire.

Cette décision va: →

- à la personne examinée