

## Annexe n°3

# MODELE DE FICHE D'APTITUDE AU TRAVAIL

En application des dispositions de l'article 11 du Décret n°2000-1985 du 12 septembre 2000  
portant organisation et fonctionnement des services de médecine du travail

### 1- ENTREPRISE

Raison sociale.....

Adresse :.....

Nature d'activité :.....

N° d'affiliation à la caisse nationale de .....

### 2- TRAVAILLEUR

Nom et prénom :.....

Date et lieu de naissance :.....

Adresse :.....

N° d'immatriculation à la caisse nationale: .....

Qualifications professionnelles :.....

Date de recrutement :.....

Poste du travail :.....

### 3- EXAMEN MEDICAL A L'EMBAUCHE

Je soussigné (e)..... médecin du travail, certifie que le travailleur susnommé est :

Apte au poste (à préciser) :.....

Apte avec aménagement du poste (à préciser): .....

Apte après changement au poste (à préciser):.....

Inapte temporaire au poste (préciser la période): .....

Inapte définitif à tout poste du travail dans l'entreprise:.....

Signature du médecin du travail

#### 4- EXAMENS MEDICAUX ULTERIEURS

Date et Nature de l'examen médical (périodique : <input type="checkbox"/> P, de reprise du travail : <input type="checkbox"/> R, spontané: <input type="checkbox"/> S )	Conclusions en matière d'aptitude au travail (à préciser)	Nom et Signature du médecin du tra- vail
<input type="checkbox"/> .....	..... .....	
<input type="checkbox"/> .....	..... .....	
<input type="checkbox"/> .....	..... .....	
<input type="checkbox"/> .....	..... .....	
<input type="checkbox"/> .....	..... .....	
<input type="checkbox"/> .....	..... .....	
<input type="checkbox"/> .....	..... .....	
<input type="checkbox"/> .....	..... .....	
<input type="checkbox"/> .....	..... .....	

