



SERVICE DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL  VOTRE PARTENAIRE PREVENTION & SANTE AU TRAVAIL 04.76.48.05.54	ATTESTATION DE SUIVI individuel de l'état de santé <i>(art L.4624-1 du Code du travail)</i>	ENTREPRISE MLTM 201735 Médecin du travail référent Dr. PEINNEQUIN André
--	--	---

SALARIE(E)						
Nom de naissance	FOSSE					 INS à scanner
Prénoms de naissance	BERTRAND JACQUES RENE					
Date de naissance	15/08/1978	Sexe	M			
Lieu de naissance (code INSEE)	07010					
Matricule INS	1 78 08 07 010 035 97	NIR	X	NIA		

POSTE DE TRAVAIL	
Le poste fait l'objet de mesures individuelles prévues à l'article L. 4624-3 :	<input type="checkbox"/> Oui, depuis le <input checked="" type="checkbox"/> Non
Le poste fait l'objet d'un suivi individuel renforcé prévu à l'article L. 4624-2 :	<input type="checkbox"/> Oui, depuis le <input checked="" type="checkbox"/> Non
Intitulé du poste de travail : CHAUFFEUR GRUTIER	
OU EMPLOI(S) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins...)	

DATE DE L'EXAMEN OU DE LA VISITE		
Date : 26/05/2026	Heure d'arrivée : 13:45	Heure de départ : 14:44

TYPE D'EXAMEN OU DE VISITE (*)	
<input checked="" type="checkbox"/> Visite d'information de prévention : <input checked="" type="checkbox"/> Initiale (art R. 4624-10) <input type="checkbox"/> Périodique (art R. 4624-16) <input type="checkbox"/> Visite de reprise (art R. 4624-31) <input type="checkbox"/> Visite à la demande (art R. 4624-34) <input type="checkbox"/> Visite post-exposition (art L. 4624-2-1) <input type="checkbox"/> Visite post-professionnelle (art L. 4624-2-1) <input type="checkbox"/> Visite de mi-carrière (art L. 4624-2-2) <input type="checkbox"/> Visite intermédiaire effectuée dans le cadre du suivi individuel renforcé (art R.4624-28)	Réalisé(e) également ce jour :
(*) Si le médecin du travail constate une inaptitude, utiliser l'avis d'inaptitude.	


<input type="checkbox"/> Réorientation vers le médecin du travail sans délai
--


PROCHAIN EXAMEN OU VISITE	
A revoir au plus tard le : 26/05/2031	<input checked="" type="checkbox"/> par le médecin du travail <input type="checkbox"/> par le professionnel de santé dans le cadre d'un protocole sous l'autorité du médecin du travail

DATE : 26/05/2026 NOM : FORRAT Marie-Christine QUALITE : Médecin du travail MAIL ET TELEPHONE PROFESSIONNELS : secr.dr.forrat@presantis.org SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SANTE 
--

<input type="checkbox"/> Attestation de suivi accompagnée d'un document faisant état de proposition de mesures individuelles faites par le médecin du travail, l'échange avec l'employeur n'ayant pas pu avoir lieu à la date de ces propositions. <input type="checkbox"/> Attestation de suivi accompagnée 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.
 Le travailleur, l'employeur ou le médecin du travail peuvent solliciter l'organisation d'une visite à la demande par le médecin du travail (R.4624-34 du code du travail).

<p style="text-align: center;">SERVICE DE PREVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL</p>  <p style="text-align: center;">04.76.48.05.54</p>	<p style="text-align: center;">ATTESTATION d'absence de contre-indications médicales</p> <p style="text-align: center;">Valable 5 ans à partir de 26/05/2026</p> <p style="text-align: center;">Autorisation de conduite de certains équipements automoteurs et de levage (CACES)</p>	<p style="text-align: center;">ENTREPRISE MLTM 201735</p> <p style="text-align: center;">Médecin du travail référent Dr. PEINNEQUIN André</p>
---	--	--

SALARIE(E)				
Nom de naissance	FOSSE			 <small>INS à scanner</small>
Prénoms de naissance	BERTRAND JACQUES RENE			
Date de naissance	15/08/1978	Sexe	M	
Lieu de naissance (code INSEE)	07010			
Matricule INS	1 78 08 07 010 035 97			
NIR	X	NIA		

DATE DE L'EXAMEN OU DE LA VISITE		
Date : 26/05/2026	Heure d'arrivée : 13:45	Heure de départ : 14:44

COMPTE RENDU MEDICAL
Après évaluation, il est établi que BERTRAND FOSSE ne présente, à ce jour, aucune contre-indication médicale pour l'autorisation de conduite de certains équipements automoteurs et de levage (CACES).

DATE : 26/05/2026
NOM : FORRAT Marie-Christine
QUALITE : Médecin du travail
MAIL ET TELEPHONE PROFESSIONNELS :
secr.dr.forrat@presantis.org
SIGNATURE DU PROFESIONNEL DE SANTE

