|  |
| --- |
| **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 lesautorités compétentes en matière d’exécution et de contrôle puissent le consulter si nécessaire.

**Cette décision va:** 🡪 à la personne examinée