|  |
| --- |
| **Examen médical d'aptitude AU travail de nuit et conseils idoines**(Examen médical obligatoire en vertu de l'art. 45 OLT 1) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et adresse du médecin: |  | Nom et adresse de l’entreprise: |
|                                |  |                                |

|  |
| --- |
| Personne examinée: |
| Nom |       | Prénom |       | Année denaissance |      |
| Adresse |                  |

|  |
| --- |
| 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.** |
| [ ]  **L'affectation prévue n'est provisoirement pas possible1 / n'est que partiellement possible2** **1** Réévaluation dans  Mois **2** Affectation possible aux conditions suivantes:   |
| [ ]  **L'affectation prévue n'est possible que sous certaines réserves. Contacter au préalable le secteur Travail et santé du SECO3 3** Dr. med. Ulrich Schwaninger, Stauffacherstr. 101, 8004 Zürich Tel. +41 (43) 322 21 15, Fax +41 (43) 322 21 19 |
| [ ]  **Le collaborateur désigné ci-dessus n'est, pour raisons de santé, pas apte à l'activité prévue.** |

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

Je confirme m'être familiarisé(e) avec le domaine de la médecine du travail ainsi qu'avec l'environnement de travail de la personne désignée ci-dessus et avoir pris contact avec les personnes chargées de la sécurité et de la santé au sein de l'entreprise qui souhaite l'affecter au travail de nuit (Voir Guide Travail de nuit ou en équipes: abrégé des mesures préventives d'ordre médical, point 1.2.1).

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu, Date: |             |
| Signature du médecin:*Prière de signer à la main* |  |

**Cette décision va:** 🡪 à l'employeur (permis de travail de nuit ou en équipes)
 🡪 à la personne examinée
 🡪 SECO, Protection des travailleurs, Effingerstrasse 31, 3003 Berne

**La facture va:** 🡪 à l'employeur