



Le Docteur

Médecin du travail de \*

déclare avoir examiné M

employé de

en qualité de

et fait les constatations suivantes :

**1 - ÉTAT PATHOLOGIQUE**, évolutif ou séquelles, retentissant sur l'inaptitude au travail

**2 - EXIGENCES PARTICULIÈRES DU POSTE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL**

par rapport à l'état pathologique

**3 - AVIS**

Date et signature :

\* *Nom et adresse* : - de l'entreprise s'il s'agit d'un service médical d'entreprise  
- du service s'il s'agit d'un service médical inter-entreprises.