



santé
famille
retraite
services

Fiche d'aptitude médicale

(art. R.4624-47, R. 4624-49 du code du travail, ou R. 717-28 du code rural et de la pêche maritime)

exemplaire
employeur

Caisse Régionale MSA de Bourgogne – Service de Santé au Travail

14, rue Félix Trutat – 21046 DIJON CEDEX - ☎ 0380632350 - fax 0380632308

Identification de l'entreprise :

**DOMAINE A.F.GROS
LA GARELLE GDE RUE
21630 POMMARD**

**ET21009203657
011G**

Mise à jour de la fiche d'entreprise (mm/aa) :

Cette mention est obligatoire dans les fiches d'aptitude établies en application des art. R.3122-19, R.4412-47 et R.4451-82 du Code du Travail

Nom - Prénom du salarié : **Mr ROCHETTE FIRMIN ETIENNE**

N° **1960221054280**

Date d'embauche : *21/03/2013*

Poste de travail : *appât bon prof 10A CDD 2ans*


Ou emploi(s) dans la limite de trois (art. R.4625-9 et R. 5132-26-7 du code du travail et D.717-26-2 du code rural et de la pêche maritime) :

•
•
•

Date de l'étude de poste :

Cette mention est obligatoire dans les fiches d'aptitude établies en application des art. R.3122-19, R.4412-47 et R.4451-82 du Code du Travail

Salarié bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée (SMR) : oui non

Nature de l'examen <input type="checkbox"/> embauche			<input type="checkbox"/> visite périodique Date de la précédente visite périodique _____ Le cas échéant, date du précédent entretien infirmier _____ Date du précédent examen de nature médicale si SMR _____	<input type="checkbox"/> visite de reprise <input type="checkbox"/> maternité <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> accident du travail <input type="checkbox"/> maladie ou accident non professionnel	<input type="checkbox"/> visite à la demande <input type="checkbox"/> du salarié <input type="checkbox"/> de l'employeur <input type="checkbox"/> du médecin du travail (2 ^{ème} visite en cas d'inaptitude envisagée) <input type="checkbox"/> autres cas (art. R.717-22 du code rural et de la pêche maritime)
Conclusions <i>pas de contre indication médicale chronique à l'emploi pour ces examens divers</i>					
<input type="checkbox"/> Apte		<input type="checkbox"/> Inapte <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} visite <input type="checkbox"/> en un seul examen (art R.4624-31 du code du travail ou R.717-18 du code rural et de la pêche maritime) : <input type="checkbox"/> danger immédiat <input type="checkbox"/> examen de pré-reprise en date du _____			
Date de l'examen : 04/02/2014	Heure de convocation : <i>12h30</i> Heure d'arrivée : <i>12h17</i> Heure de départ : <i>12h50</i>	Nom et signature du médecin du travail Docteur BALLET 			
<input type="checkbox"/> A revoir : <i>6 mois à suite examens</i>		Dr L. BALLET Médecin du Travail			

Voies et délais de recours par le salarié ou par l'employeur :

Cet avis peut être contesté dans les deux mois suivant sa notification, par lettre recommandée avec avis de réception, auprès de l'inspecteur du travail (art. R.4624-35 du code du travail ou R. 717-18 du code rural et de la pêche maritime)

Ce délai est réduit à 15 jours pour les avis concernant les salariés exposés à des agents chimiques dangereux, des rayonnements ionisants ou travaillant en milieu hyperbare (articles R.4412-48, R.4451-83 du code du travail et article 33.II du décret n° 90-277 du 28 mars 1990)