

## Examen médical d'aptitude en cas de 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	Né(e) le	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 possible<sup>1</sup> / n'est que partiellement possible<sup>2</sup>
  - <sup>1</sup> Réévaluation dans ..... mois
  - <sup>2</sup> Affectation possible aux conditions suivantes:.....
- L'affectation prévue n'est possible que sous certaines réserves. Contacter au préalable le secteur Travail et santé du seco<sup>3</sup>
  - <sup>3</sup> Dr. med. Ulrich Schwaninger, Stauffacherstr. 101, CH-8004 Zurich Tél. 043 322 21 15, Fax 043 322 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).....

#### Cette décision va:

- à l'employeur (permis de travail de nuit ou en équipes)
- à la personne examinée
- au seco, Protection des travailleurs, Effingerstr. 31-35, 3003 Bern

#### La facture va à l'employeur