



Certification des organismes de formation pour la formation à la prévention des risques liés à l'amiante ou au plomb

Certificat médical

Version 2020-02

Suivant prérogatives liées au suivi médical renforcé – article R4624-23 et 4412-160 – Risques d'exposition au plomb

Certificat médical d'aptitude au poste de travail

Je soussigné _____

Docteur en médecine, certifie et atteste que selon les prérogatives liées au suivi médical renforcé – article R4624-23 et 4412-160 – Risques d'exposition au plomb, définissant les modalités de la formation des travailleurs à la prévention des risques liés au plomb, que

Monsieur / Madame / Mademoiselle * :

NOM : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Est **APTE / INAPTE** * médicalement au poste de : (cocher la bonne case)

- Personnel d'encadrement technique
- Personnel d'encadrement de chantier
- Personnel opérateur de chantier

Et ne présente aucune contre-indication :

- Au port des équipements de protection respiratoire

Observations :

Fait à _____ Le _____

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

***Rayer la mention inutile**