

Identité et cachet du service de santé : AIPALS Santé au Travail

Médecin référent : [REDACTED]

AIPALS Maison de l'entreprise 429 Rue de l'Industrie 34078 Montpellier CEDEX 3 Tél : 0467062010

Identification de l'entreprise : OCP REPARTITION Numéro d'adhérent : 17104

Salarié (e) : Nom [REDACTED] Prénom [REDACTED]

Date de naissance : [REDACTED]

Poste de travail : PREPARATRICE DE COMMANDES

Ou Emploi(s) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins...)

Type de visite

Visite de pré reprise (SI-SIA) à la demande du médecin traitant  
la salariée peut reprendre à son poste à temps partiel thérapeutique  
à revoir en visite de reprise

Date de la visite

Date : 02/03/2020 Heure d'arrivée : 10:17 Heure de départ : 10:46

Prochaine visite

Avant juin 2020

par le médecin du travail

par le professionnel de santé dans le cadre d'un protocole sous l'autorité du médecin du travail

Attestation établie par

le médecin du travail

OU un autre professionnel de santé, sous l'autorité du médecin du travail, le Dr [REDACTED] dans le cadre d'un protocole :

l'infirmier

Date : 02/03/2020

Nom et signature du professionnel de santé



Attestation de suivi accompagnée d'un document faisant état de proposition de mesures individuelles faites par le médecin du travail après échange avec l'employeur

NB : Tous les articles auxquels il est fait référence dans le présent document relèvent du code du travail  
Le travailleur, l'employeur ou le médecin du travail peuvent solliciter l'organisation d'une visite à la demande par le médecin du travail.  
(art. R. 4624-34 du code du travail).



**Proposition de mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou de mesures d'aménagement du temps de travail**

*(art. L.4624-3 du code du travail)*

Identité et cachet du service de santé : **AIPALS Santé au Travail**

Médecin référent :   
AIPALS Maison de l'entreprise 429 Rue de l'Industrie CS 70003  
34078 Montpellier CEDEX 3  
Tél : 0467062010

Identification de l'entreprise : OCP REPARTITION Numéro d'adhérent : 17104

Salarié (e) : Nom  Prénom 

Date de naissance : 

<b>Poste de travail</b> PREPARATRICE DE COMMANDES
<b>Ou Emploi(s)</b> (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins...)

à reprendre à temps partiel thérapeutique à privilégier les matins pendant minimum 3 mois  
la salariée peut reprendre à son poste à temps partiel thérapeutique

à revoir en visite de reprise

<p>Date: 02/03/2020 Nom et signature du Médecin du travail</p>  	<p>Document délivré :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Avec l'attestation de suivi en date du : 02/03/2020</p> <p><input type="checkbox"/> Avec l'avis d'aptitude en date du :</p> <p>Echange avec l'employeur en date du :</p>
---	---

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

Les éléments de nature médicale justifiant le présent avis peuvent être contestés dans un délai de 15 jours à compter de sa notification auprès du conseil de prud'hommes territorialement compétent.

(art. R. 4624-45 du code du travail).