

MODÈLES

Avis d'aptitude, avis d'inaptitude, attestation de suivi et de proposition de mesures d'aménagement.

Arrêté du 3 mars 2025 modifiant l'arrêté du 16 octobre 2017 fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste, Jo du 15

1.	Modèle d'attestation de suivi individuel.....	3
2.	Modèle d'avis d'aptitude	7
3.	Modèle d'avis d'inaptitude	11
4.	Modèle de proposition de mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou de mesures d'aménagement du temps de travail.....	15

1. Modèle d'attestation de suivi individuel

Service de prévention et de santé au travail	Attestation de suivi individuel de l'état de santé <i>art L. 4624-1 du Code du travail</i>	Entreprise
		Médecin du travail réfèrent

Salarié	
Nom de naissance :	Prénom(s) de naissance :
Date de naissance :	Lieu de naissance (Code INSEE) :
Sexe :	
N° de matricule INS (NIR ou NIA) : Datamatrix INS :	

Poste de travail	
Le poste fait l'objet de mesures individuelles prévues à l'article L. 4624-3 :	<input type="radio"/> Oui, depuis le : <input type="radio"/> Non
Le poste fait l'objet d'un suivi individuel renforcé prévu à l'article L. 4624-2 :	<input type="radio"/> Oui, depuis le : <input type="radio"/> Non
Intitulé du poste de travail :	
Ou emploi(s) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins...)	
1.	

2.

3.

Date l'examen ou de la visite

Date :

Heure d'arrivée :

Heure de départ :

Type d'examen ou de visite (*)

Visite d'information et de prévention

initiale (art. R. 4624-10)

périodique (art. R. 4624-16)

Visite de reprise (art. R. 4624-31)

Visite à la demande (art. R. 4624-34)

Visite post-exposition (art. L. 4624-2-1)

Visite post-professionnelle (art. L. 4624-2-1)

Visite de mi-carrière (art. L. 4624-2-2)

Visite intermédiaire effectuée dans le cadre du suivi individuel renforcé (art R. 4624-28)

(*) Si le médecin du travail constate une inaptitude, utiliser l'avis d'inaptitude.

Réorientation vers le médecin du travail sans délai

Prochain examen ou visite

A revoir au plus tard le :

Date :
Nom :

Attestation de suivi accompagnée d'un document faisant état de proposition de mesures

Qualité : Mail et téléphone professionnels :	individuelles faites par le médecin du travail après échange avec l'employeur
Signature du professionnel de santé	

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 (R. 4624-34 du Code du travail).

2. Modèle d'avis d'aptitude

Service de prévention et de santé au travail	Avis d'aptitude <i>réservé aux travailleurs bénéficiant d'un suivi individuel renforcé</i>	Entreprise
		Médecin du travail réfèrent

Salarié	
Nom de naissance :	Prénom(s) de naissance :
Date de naissance :	Lieu de naissance (Code INSEE) :
Sexe :	
N° de matricule INS (NIR ou NIA) : Datamatrix INS :	

Poste de travail	
Le poste fait l'objet de mesures individuelles prévues à l'article L. 4624-3 :	<input type="radio"/> Oui, depuis le : <input type="radio"/> Non
Intitulé du poste de travail :	
Ou emploi(s) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins...)	
1.	
2.	

3.

Type d'examen

- Examen médical d'aptitude à l'embauche (art. R. 4624-24)
- Renouvellement de l'examen médical d'aptitude (art. R. 4624-28)

Date de l'examen médical

Date :

Heure d'arrivée :

Heure de départ :

Prochain examen ou visite

A revoir, au plus tard le :

Commentaires, hors mesures individuelles prévues à l'article L. 4624-3

Date : Nom : Qualité : Mail et téléphone professionnels :	○ 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 ○ Je reconnais avoir bien reçu l'avis du
Signature du médecin	Signature du salarié

NB : Tous les articles auxquels il est fait référence dans le présent document relèvent du Code du travail.

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).

3. Modèle d'avis d'inaptitude

Service de prévention et de santé au travail	Avis d'inaptitude (art. L. 4624-4 du Code du travail)	Entreprise
		Médecin du travail réfèrent

Salarié	
Nom de naissance :	Prénom(s) de naissance :
Date de naissance :	Lieu de naissance (Code INSEE) :
Sexe :	
N° de matricule INS (NIR ou NIA) : Datamatrix INS :	

Poste de travail	
Le poste fait l'objet de mesures individuelles prévues à l'article L. 4624-3 :	<input type="radio"/> Oui, depuis le : <input type="radio"/> Non
Le poste fait l'objet d'un suivi individuel renforcé prévu à l'article L. 4624-2 :	<input type="radio"/> Oui, depuis le : <input type="radio"/> Non
Intitulé du poste de travail :	
Ou emploi(s) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins...)	
1.	

2.

3.

Type d'examen

Suivi individuel renforcé :

- Examen médical à l'embauche (art. R. 4624-24)
- Examen médical périodique (art. R. 4624-28)
- Visite intermédiaire (art. R. 4624-28)

Visite d'information et de prévention

- initiale (art. R. 4624-11)
- périodique (art. R. 4624-16)
- Visite de reprise (art. R. 4624-31)
- Visite à la demande (art. R. 4624-34)

Déclaration d'inaptitude

Mentions obligatoires en application de l'art. R. 4624-42 du Code du travail

Date de la 1^{ère} visite :

Heure d'arrivée :

Heure de départ :

- Etude de poste en date du :
- Etude des conditions de travail en date du :
- Echange avec l'employeur en date du :
- Date de la dernière actualisation de la fiche d'entreprise :

Date de la 2^{ème} visite :

Heure d'arrivée :

Heure de départ :

Commentaires, hors mesures individuelles prévues à l'article L. 4624-3

Le cas échéant,

cas de dispense de l'obligation de reclassement (articles L. 1226-2-1, L. 1226-12 et L. 1226-20 du Code du travail)

Cas exceptionnel privant le salarié de son droit à reclassement par l'employeur et actant son licenciement sans consultation du CSE sur les propositions de reclassement

« Tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé »

Ou

« L'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi »

Date :
Nom :
Qualité :
Mail et téléphone professionnels :

Je reconnais avoir bien reçu l'avis du

Signature du médecin

Signature du salarié

NB : Tous les articles auxquels il est fait référence dans le présent document relèvent du Code du travail.

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).

4. Modèle de proposition de mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou de mesures d'aménagement du temps de travail

Service de prévention et de santé au 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 <i>(art. L. 4624-3 du Code du travail)</i>	Entreprise
		Médecin du travail réfèrent

Salarié	
Nom de naissance :	Prénom(s) de naissance :
Date de naissance :	Lieu de naissance (Code INSEE) :
Sexe :	
N° de matricule INS (NIR ou NIA) : Datamatrix INS :	

Poste de travail	
Le poste fait l'objet de mesures individuelles prévues à l'article L. 4624-3 :	<input type="radio"/> Oui, depuis le : <input type="radio"/> Non
Le poste fait l'objet d'un suivi individuel renforcé prévu à l'article L. 4624-2 :	<input type="radio"/> Oui, depuis le : <input type="radio"/> Non
Intitulé du poste de travail :	
Ou emploi(s) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins...)	
1.	

2.

3.

DESCRIPTION DE L'AMÉNAGEMENT DE POSTE OU DU TEMPS DE TRAVAIL PROPOSÉ

Date :
Nom :
Qualité :
Mail et téléphone professionnels :

Document délivré :
○ avec l'attestation de suivi en date du :
○ avec l'avis d'aptitude en date du :

Echange avec l'employeur en date du :

○ Je reconnais avoir bien reçu la proposition du :

Signature du médecin

Signature du salarié

NB : Tous les articles auxquels il est fait référence dans le présent document relèvent du Code du travail.

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).