

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centre médical : ANGOULEME - CDG 16 -<br>MEDECINE DU TRAVAIL - 30 RUE DENIS PAPIN -<br>(A votre arrivée, veuillez patienter en salle d'attente) -<br>16000 ANGOULEME<br><br>Médecin référent : JAMMET Christophe | <b>ATTESTATION DE SUIVI</b><br>individuel de l'état de santé | <b>COLLECTIVITE</b><br>MAIRIE DE AUSSAC-VADALLE<br>61 RUE DE LA REPUBLIQUE<br>16560 AUSSAC VADALLE |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                           |                   |
|-------------------------------------------|-------------------|
| <b>AGENT</b>                              |                   |
| Nom : LE CORNEUR (né(e) DE SOUSA LAGINHA) | Prénom : Madalena |
| Date de naissance : 16/02/1963            |                   |

|                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>POSTE DE TRAVAIL</b><br>Animatrice / Animateur éducatif-ve accompagnement périscolaire                            |
| <b>OU EMPLOI(S) (travailleurs temporaires, saisonniers, agents des associations intermédiaires, mannequins, ...)</b> |
| 1.<br>2.<br>3.                                                                                                       |

|                          |                         |                         |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>DATE DE LA VISITE</b> |                         |                         |
| Date : 19/09/2024        | Heure d'arrivée : 11:08 | Heure de départ : 11:50 |

|                               |
|-------------------------------|
| <b>MODE DE VISITE</b>         |
| Mode de visite : Présentielle |

|                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TYPE DE VISITE*</b>                                                                                                                                                                                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Visite d'information et de prévention                                                                                                                                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> initiale                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> périodique                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Visite de reprise                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Visite à la demande                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Suivi individuel renforcé : visite intermédiaire                                                                                                                                              |
| <i>* Si le médecin du travail constate une inaptitude, utiliser l'avis d'inaptitude. Pour les travailleurs en suivi individuel renforcé (hors visite intermédiaire), utiliser les avis d'aptitude et d'inaptitude.</i> |

|                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROCHAINE VISITE</b>                                                                                                              |
| A revoir au plus tard le : 19/09/2026                                                                                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> par le professionnel de santé dans le cadre d'un protocole sous l'autorité du médecin du travail |
| <input type="checkbox"/> par le médecin du travail                                                                                   |

|                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ATTESTATION ETABLIE PAR</b>                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> le médecin du travail                                                                                                |
| <u>OU</u> un autre professionnel de santé, sous l'autorité du médecin du travail, le docteur JAMMET Christophe dans le cadre d'un protocole : |
| <input type="checkbox"/> le collaborateur médecin                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> l'interne en médecine du travail                                                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> l'infirmier                                                                                               |

|                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DATE :</b> 19/09/2024                                                            |
| <b>NOM ET SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SANTE</b>                                   |
| PIVETEAU Elodie                                                                     |
|  |

☐ 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