

|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                         |                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL</b><br><br><b>LA SANTE AU TRAVAIL</b><br>Centre de visite<br>24 avenue de la Grande Armée<br>75017 PARIS<br>01 88 46 54 99 | <b>ATTESTATION DE SUIVI<br/>individuel de l'état de santé<br/>(art L.4624-1 du Code du<br/>travail)</b> | <b>ENTREPRISE</b><br><br>HIGHSKILL<br>(11799)<br><br>Médecin référent :<br>Dr SARIVAN Adina |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                |                |
|------------------------------------------------|----------------|
| <b>SALARIE(E)</b>                              |                |
| Nom : AURANG<br>Date de naissance : 27/09/1994 | Prénom : TIMUR |

|                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>POSTE DE TRAVAIL</b>                                                                                              |
| CONSULTANT EN SYSTÈME D'INFORMATION                                                                                  |
| <b>OU EMPLOI(S) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins...)</b> |
|                                                                                                                      |

|                          |                         |                         |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>DATE DE LA VISITE</b> |                         |                         |
| Date : 29/04/2025        | Heure d'arrivée : 11:45 | Heure de départ : 12:10 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TYPE DE VISITE*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Visite d'information de prévention :<br><input checked="" type="checkbox"/> Initiale (art R. 4624-10)<br><input type="checkbox"/> Périodique (art R. 4624-16)<br><input type="checkbox"/> Visite de reprise (art R. 4624-31)<br><input type="checkbox"/> Visite à la demande (art R. 4624-34)<br><input type="checkbox"/> Suivi Individuel Renforcé : visite intermédiaire (art R.4624-28) |
| <b>Motif de visite secondaire :</b><br><br><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 : 04/2030<br><input type="checkbox"/> par le médecin du travail<br><input checked="" type="checkbox"/> par le professionnel de santé dans le cadre d'un protocole sous l'autorité du médecin du travail |

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

|                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DATE D'EDITION</b> : 29/04/2025<br><br><b>NOM ET SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SANTE</b><br><br>Sophie MANELPHE<br><br> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

☐ 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  
  
 Téléconsultation : Non

**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).**