

## Partie 1 – A remplir par l'entreprise

### 1. Informations sur l'entreprise

<b>Raison sociale</b> Nom de l'entreprise	
<b>Adresse</b>	
<b>NPA Localité</b>	
<b>Personne de contact</b>	
<b>Fonction</b>	
<b>Courriel</b>	
<b>N° de téléphone</b>	
<b>Remarques</b>	



### 2. Patient(e)

<b>Nom et prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	



### 3. Description de l'environnement de travail

**IMPORTANT** : L'employeur doit impérativement remplir les **sections 3.1 à 3.4**.



#### 3.1. Place de travail

<b>Poste de travail</b>	<b>Département</b>
.....	.....
<b>Taux d'occupation</b> ..... %	
<b>Responsable</b>	
Nom et prénom .....	Date .....
Fonction .....	Signature
N° de téléphone .....	



### 3.2. Exigences de la place de travail

<p><b>A. Cognitive / Psychique / Organisationnel</b></p> <p>A.1 <input type="checkbox"/> Travail sur écran &gt;4h par jour</p> <p>A.2 <input type="checkbox"/> Activités nécessitant une concentration importante</p> <p>A.3 <input type="checkbox"/> Travail à la chaîne /contrainte de temps importante</p> <p>A.4 <input type="checkbox"/> Travail en équipe</p> <p>A.5 <input type="checkbox"/> Travail de nuit</p> <p>A.6 <input type="checkbox"/> Forte contrainte émotionnelle</p>	<p><b>B. Physiques</b></p> <p>B.1 <input type="checkbox"/> Port de charges de plus de 5 kg</p> <p>B.2 <input type="checkbox"/> Port de charges de plus de 10 kg</p> <p>B.3 <input type="checkbox"/> Port de charges de plus de 20 kg</p> <p>B.4 <input type="checkbox"/> Vibrations membres supérieurs</p> <p>B.5 <input type="checkbox"/> Vibrations corps entiers</p>
<p><b>C. Ergonomiques / Biomécaniques</b></p> <p>C.1 <input type="checkbox"/> Mouvements répétitifs des bras/mains/doigts</p> <p>C.2 <input type="checkbox"/> Mouvements répétitifs du tronc</p> <p>C.3 <input type="checkbox"/> Posture accroupie /agenouillée fréquente</p> <p>C.4 <input type="checkbox"/> Posture bras au-dessus des épaules fréquente</p> <p>C.5 <input type="checkbox"/> Posture penchée en avant fréquente</p>	<p><b>D. Déplacement / Travail en hauteur</b></p> <p>D.1 <input type="checkbox"/> Déplacement à pied</p> <p>D.2 <input type="checkbox"/> Marche sur terrain accidenté</p> <p>D.3 <input type="checkbox"/> Utilisation fréquente d'escalier</p> <p>D.4 <input type="checkbox"/> Utilisation échelle / échafaudage</p> <p>D.5 <input type="checkbox"/> Autres travaux en hauteur</p>
<p><b>E. Environnement de travail</b></p> <p>E.1 <input type="checkbox"/> Exposition à des produits chimiques</p> <p>E.2 <input type="checkbox"/> Exposition à des fumées / poussières</p> <p>E.3 <input type="checkbox"/> Travail à la chaleur</p> <p>E.4 <input type="checkbox"/> Travail au froid</p> <p>E.5 <input type="checkbox"/> Bruit</p>	<p><b>F. Autre</b></p> <p>.....</p>

### 3.3. Description succincte de l'activité

<p>.....</p>	
<p>Activité assise : .....% ou ..... h/j</p> <p>Activité debout : .....% ou ..... h/j</p> <p>Marche : .....% ou ..... h/j</p>	<p>Conduite voiture : .....% ou ..... h/j</p> <p>Conduite d'engin : .....% ou ..... h/j</p>

### 3.4. Organisation du travail envisageable dans l'entreprise

	Option(s) d'adaptation	Remarques
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Télétravail	.....
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Affectation temporaire à un poste de travail allégé	.....
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Aménagement du poste de travail actuel	.....
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Aménagement des horaires de travail	.....

## Partie 2 – A remplir par le médecin

<input type="checkbox"/>	Je ne souhaite pas établir le CERTI+ (Veuillez également compléter la partie "5. Coordonnées du médecin")
--------------------------	--

### 4. INCAPACITÉ de travail

Le médecin soussigné atteste que son-sa patient-e :

<input type="checkbox"/> <b>Présente une incapacité totale</b>	Aucune capacité de travail. Du ..... au ..... <input type="checkbox"/> Je ne suis pas en mesure de me prononcer plus précisément.
<input type="checkbox"/> <b>Présente une incapacité partielle</b>	Capacité de travail partielle à .....% du taux d'occupation habituel de .....% Du ..... au .....  <input type="checkbox"/> Le temps de présence doit être réparti sur la semaine de travail soit ..... h par jour. <input type="checkbox"/> Sur le temps de présence, l'ensemble des tâches au poste habituel peuvent être réalisées. <input type="checkbox"/> Activités en télétravail possible <input type="checkbox"/> Sur ce temps de présence, les exigences listées au point 3.2 doivent être évitées ou limitées : ..... ..... ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> <b>Ne présente pas d'incapacité</b>	La capacité de travail est complète sans limitation dès le .....
<b>Remarques :</b>	.....
Cas à annoncer à l'assureur LAA <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Situation à clarifier (Suspicion de maladie professionnelle)	

### 5. Coordonnées du médecin

<b>Nom et prénom du médecin</b> .....	<b>Adresse</b> .....
<b>Lieu</b> .....	<b>Date</b> .....
<b>Timbre et signature</b> 	