**ATTESTATION DU MEDECIN DU TRAVAIL**

Je soussigné(e) **Docteur ,**

certifie que l’aménagement du poste de travail de **Mr/Mme ,**

âgé (e) de …. ans,

est nécessaire et indispensable pour lui permettre de maintenir son activité professionnelle en tant que indiquer le poste occupé sans aggraver son état de santé.

**Mr / Mme**  présente les restrictions suivantes ou ne peut plus accomplir les tâches suivantes :

Les propositions d’aménagement de l’ergonome /ou autre acteur du Service de Santé au Travail (préciser) … , qui consistent en : (*énoncer le matériel ou l’aide nécessaire à la compensation*)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

sont adaptées et permettront le maintien en emploi de **Mr / Mme** dans des conditions appropriées.

 Fait à ………………………………

 Le ………………………

 Signature et tampon du médecin du travail