

## Visas Médecine du Travail

date : ..... visa : .....

date : ..... visa : .....

date : ..... visa : .....

date : ..... visa : .....

date : ..... visa : .....

date : ..... visa : .....

**ATTENTION**, l'autorisation de conduite donnée par le chef d'établissement doit être validée à chaque visite médicale.

GRAPHITO création > Pôle prévention - www.graphito.fr - Reproduction interdite

AUD/AC/V-2/06/2020

## AUTORISATION DE CONDUITE

### D'UN CHARIOT ÉLÉVATEUR

à conducteur accompagnant  
de type : .....

Agence : .....

Adresse : .....

Cette autorisation de conduite valide uniquement l'autorisation de conduire un chariot sur le point de vente considéré.

## Autorisation délivrée par :

**Mr/Mme** : .....

Fonction : .....

**à Mr/Mme** : .....

Fonction : .....

Date : .....

Cette autorisation est délivrée suite à la validation des trois éléments ci-contre.

La validité de l'autorisation restera soumise aux avis périodiques du Médecin du Travail, avis formulés lors des visites médicales obligatoires, et au renouvellement périodique du contrôle de connaissances (ex : 5 ans pour les CACES).

## ■ Contrôle de connaissances

réalisé par : .....

Date : .....

## ■ Examen d'aptitude réalisé par le

Médecin du Travail : .....

.....

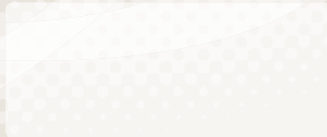
Lieu : .....

Date : .....

## ■ Prise de connaissance des lieux et instructions sur le site d'affectation. (Réf. : FOR/CLI/V-1/01/2012).

Signature du chef d'établissement :

Tampon :



## Visas Médecine du Travail

date : ..... visa : .....

date : ..... visa : .....

date : ..... visa : .....

date : ..... visa : .....

date : ..... visa : .....

date : ..... visa : .....

**ATTENTION**, l'autorisation de conduite donnée par le chef d'établissement doit être validée à chaque visite médicale.

GRAPHITO création > Pôle prévention - www.graphito.fr - Reproduction interdite

AUD/AC/V-2/06/2020

## AUTORISATION DE CONDUITE

### D'UN CHARIOT ÉLÉVATEUR

à conducteur accompagnant  
de type : .....

Agence : .....

Adresse : .....

Cette autorisation de conduite valide uniquement l'autorisation de conduire un chariot sur le point de vente considéré.



### Autorisation délivrée par :

**Mr/Mme** : .....

Fonction : .....

**à Mr/Mme** : .....

Fonction : .....

Date : .....

Cette autorisation est délivrée suite à la validation des trois éléments ci-contre.

La validité de l'autorisation restera soumise aux avis périodiques du Médecin du Travail, avis formulés lors des visites médicales obligatoires, et au renouvellement périodique du contrôle de connaissances (ex : 5 ans pour les CACES).

■ Contrôle de connaissances  
réalisé par : .....

Date : .....

■ Examen d'aptitude réalisé par le  
Médecin du Travail : .....

Lieu : .....

Date : .....

■ Prise de connaissance des lieux et  
instructions sur le site d'affectation.  
(Réf. : FOR/CLI/V-1/01/2012).

Signature du chef d'établissement :  
Tampon :

