**VOLET MEDICAL**

Nom, Prénom :

Salarié de l’entreprise :

Suivi médical (début, fin) :

Constatation lors de ce suivi médical :

Examens complémentaires effectués dans le cadre de la surveillance du risque :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATES** | **NATURE EXAMENS** | **RESULTATS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Date et constatation du dernier examen médical avant la fin de l'exposition :

Divers :

Date et signature

du Médecin du Travail