



**Annexe 2c**, page 1 de la directive sur les examens d'aptitude médicale

### Attestation de la personne

<b>Nom:</b>	
<b>Prénom:</b>	
<b>Date de naissance:</b>	

### Conditions générales

L'OCVM régit aux articles 13 et 40, l'OAASF aux articles 10 et 26 et l'OASF aux articles 12 et 13 les dispositions de principe des examens médicaux tels que la périodicité des examens, la déclaration relative aux capacités restreintes des personnes, l'indication conforme à la réalité de faits médicaux ou la limitation du champ d'application.

### Conservation des confirmations (annexe 2c):

- **Un exemplaire dans les archives du médecin-conseil**
- **Un exemplaire est adressé à l'entreprise**
- **Un exemplaire est adressé à la personne examinée**

La personne examinée atteste par sa signature qu'elle a pris connaissance des conditions générales et que toutes les indications sur sa personne sont véridiques. Par sa signature, elle autorise le médecin-conseil ainsi que le médecin traitant et les médecins spécialistes et psychologues chargés d'exams spéciaux à se procurer ou à échanger des renseignements et des documents d'ordre médical ou psychologique sur sa personne. La personne examinée prend connaissance du fait que toute indication fautive ou tout fait important dissimulé peut entraîner ultérieurement qu'une attestation ne soit pas octroyée par l'entreprise ou qu'elle soit retirée à un moment quelconque pour une durée déterminée ou indéterminée, ou à titre définitif. En cas de changement de médecin-conseil, la personne examinée autorise en outre le médecin-conseil à transmettre son dossier à son successeur. De plus, elle donne son accord pour que des dérogations relatives à la perception des couleurs ainsi qu'une éventuelle constatation d'une consommation occasionnelle de cannabis puissent être communiquées à l'entreprise.

Lieu, date:	Signature:
-------------	------------



**Annexe 2c, page 2 à la directive sur les examens d'aptitude médicale**

<b>Données de la personne:</b>	
Nom:	
Prénom:	
Date de naissance:	
Entreprise:	
N° personnelle:	

  

<b>Résultat:</b>	
Examen d'aptitude / test effectué par:	
Nom du cabinet ou de l'institut:	
Date de l'examen:	
<input type="checkbox"/>	Degré d'exigences 1
<input type="checkbox"/>	Degré d'exigences 2
<input type="checkbox"/>	Degré d'exigences 3
<input type="checkbox"/>	Premier examen d'aptitude
<input type="checkbox"/>	Examen périodique
<input type="checkbox"/>	Examen extraordinaire / évaluation selon art. 12 et 13 OASF
<input type="checkbox"/>	<b>Apte</b>
<input type="checkbox"/>	Moyen de correction de la vue (b.1)
<input type="checkbox"/>	Prothèse auditive (b.2)
<input type="checkbox"/>	<b>Inapte</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Apte sous réserves</b>
<input type="checkbox"/>	Périodicité écourtée → prochain examen jusqu'au:
<input type="checkbox"/>	Restrictions:
<input type="checkbox"/>	Deutéranomalie / affaiblissement vision couleur verte (secteur d'engagement fixée par entreprise selon annexe 5 a/b)
<input type="checkbox"/>	Protanomalie / affaiblissement vision couleur rouge (secteur d'engagement fixée par entreprise selon annexe 5 a/b)

  

Remarques:
Examen d'aptitude médicale valable d'ici au:
Lieu, date, timbre et signature du médecin-conseil: