

Je soussigné (Employeur)					
Nom			Prénom		-
Réprésentant la société			Fonction		
Adresse			Ville		
Téléphone			E-mail		
	Certifie que M./Mme	e (Conducte	eur)		•=
Nom			Prénom		1
Adresse			Ville		
A été reconnu	ı apte médicalement au poste de	travail de	conduite d'e	ngin par	6 10
Médecin			Organisme		
Catégorie			Date Visite		
A été contrôlé	é sur ses connaissances et savo	ir faire pou	r la conduite	e en sécurité	
Organisme Testeur			Date d'obtention		
Catégorie(s)			Date fin de validité		
	A reçu les instructions à respecter sur	r les sites d'ir		l'employeur	
Manœuvres spécifiques au (x) site (s)	,				
	ARTICLES DU CO	ODE DU TRAN	/AIL		
Article R4323-55 - La conduite des équip équipements de travail ont reçu une formation active Cette formation est com Article R4323-56 (Extra - La conduite de certair en raison de leurs cara l'obtention d'une autoris L'autorisation de condutravail et des agents du socialede l'article R. 4					
		Bon pour acceptation de l'autorisation de conduite M./Mme (Conducteur): Date : Signature :			