**document C**



**Avis médical d’aptitude aux travaux réglementés pour les jeunes âgés de 15 à 18 ans**

*Décret n°2015-443 du 17 avril 2015 relatif à la procédure de dérogation prévue à l’article L4153-9 du code du travail pour les jeunes âgés de moins de 18 ans*

*Décret n°2013-915 du 11 octobre 2013 relatif aux travaux interdits et règlementés pour les jeunes âgés de moins de 18 ans*

*Décret n°2015-444 du 17 avril 2015 modifiant les articles D 4153-30 et D 4153-31 du code du travail*

*Instruction interministérielle n°2016-273 du 7 septembre 2016 relative à la mise en œuvre des dérogations aux travaux interdits pour les jeunes âgés de 15 ans au moins et de moins de 18 ans.*

**À remplir par l’établissement**

Nom : Prénom : Date de naissance :

Formation suivie :

Établissement / classe :

|  |  |
| --- | --- |
| * Agents chimiques dangereux (ACD)
 | * Milieu hyperbare
 |
| * Rayonnements optiques artificiels
 | * Rayonnements ionisants
 |
| * Montage et démontage d’échafaudage
 | * Travaux temporaire en hauteur
 |
| * Travaux en milieu confiné
 | * Appareils sous pression
 |
| * Travaux en contact du verre et du métal en fusion
 |
| * Conduite d’équipements de travail mobiles automoteurs et d’équipements de travail servant au levage
 |
| * Utilisation, entretien ou maintenance hors arrêt d’équipements de travail ou machines mentionnées dans l’article R 4313-78 du code du travail
* Autres risques éventuels à détailler :
 |
|  |
|  |

Nom et qualité du signataire :

Signature : Date :

**À remplir par le médecin de l’éducation nationale**

* Avis médical d’aptitude
* Avis médical d’inaptitude
* Avis médical d’aptitude avec les réserves suivantes :

*Remarque : avis établi par le médecin de l’éducation nationale en charge de la surveillance des élèves et valable pour les travaux réglementés tels que réalisés au sein de l’établissement professionnel ou technologique, ayant fait l’objet d’une déclaration préalable de dérogation à l’inspection du travail et au vu des risques d’exposition signalés par l’établissement.*

Nom du médecin de l’éducation nationale :

Signature : Date :