|  |
| --- |
| **ATTESTATION DE**  **NON Contre-indication**  **à PORTER UN EQUIPEMENT**  **DE PROTECTION DES VOIES RESPIRATOIRES ET A TRAVAILLER EN HAUTEUR**    ***- A REMPLIR PAR L’EMPLOYEUR -*** |

Je soussigné :

Société :

En qualité de :

* Certifie que :

Ne présente aucune contre-indication à :

* porter un équipement de protection des voies respiratoires
* à travailler en hauteur
* intervenir en espaces confinés

Conformément à l’attestation de suivi ou à l’avis d’aptitude médicale au poste de travail (SIR) délivré par le Service Santé au Travail

* Et demande son inscription à la session de formation prévue le ……………

**Tampon de la Société Date et Signature**