

**Certificat médical de conducteur
d'appareil de levage***Loi sur la santé et la sécurité au travail*

J'ai, en ce jour, examiné

Nom de famille	Prénom	Second prénom
----------------	--------	---------------

et certifie qu'il(elle) est physiquement apte à conduire un appareil de levage et qu'il(elle) n'est atteint(e) d'aucune infirmité physique ou mentale qui puisse l'empêcher de remplir ses fonctions de conducteur d'appareil de levage.

Signature du médecin	Date (aaaa/mm/jj)
----------------------	-------------------