

NOM ET PRENOM DU SALARIE
ADRESSE
Code Postal, Ville

NOM DE L EMPLOYEUR
ADRESSE
Code Postal, Ville

A (ville), le (date)

LR/AR

Objet : contestation avis d'inaptitude du médecin du travail

Madame, Monsieur,

Je suis salarié au sein de.....(indiquer le nom de l'entreprise ou organisme) en qualité de.....(indiquer le poste occupé) depuis le..... (indiquer la date d'embauche).

En date du..... (indiquer la date de décision du médecin), j'ai été déclaré par le médecin du travail, inapte à occuper quelque poste que ce soit suite aux deux visites médicales.

Par la présente, je vous prie de bien vouloir noter que je conteste vivement le constat d'inaptitude du médecin du travail.

Cette contestation est motivée par (indiquer les motifs de contestation).

Je vous remercie donc de bien vouloir faire le nécessaire auprès du médecin inspecteur régional afin qu'il puisse donner son avis.

Dans cette attente, je vous prie d'agréer ,Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.