Nom de la collectivité ou de l’établissement public :

Je soussigné (nom et prénom de l’Autorité Territoriale ou de son représentant) :

Certifie que M./Mme (nom, prénom et fonction du conducteur) :

* A été reconnu(e) apte médicalement au poste de travail de conduite d’engin par le Docteur (nom, prénom et établissement) , médecin du travail,

en date du : …… /…………/…………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formation** | **Catégorie** | **Date** | **Nom de l’organisme** |
| Par un organisme extérieur compétent |  |  |  |
| Par une personne compétente de la collectivité |
| Par l’organisme testeur (CACES) |
| Le permis de conduire de catégorie :  Délivré le \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ par la préfecture de : | | | |

* A été contrôlé sur ses connaissances et savoir-faire et satisfait aux conditions d’aptitude à la conduite en toute sécurité, précisées par la règlementation en vigueur, du ou des véhicules concernés :

En foi de quoi, j’autorise M./Mme (Nom, Prénom) à conduire les véhicules ou engins suivants dans le cadre de son activité professionnelle :

……………………………….

……………………………….

Signature de l’Autorité Territoriale :

Fait à ...........................................…... le \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_