

***ORGANISATION DU SERVICE MEDICAL***

Lieu des visites : Infirmerie de ProDrive

Tél : 123-456-789 Poste : 205

Docteur : Hamid BELARBI 10, Bd Med V CASABLANCA

Les visites annuelles s’effectuent de 8 H à 12 H chaque vendredi et uniquement sur rendez-vous. Chaque salarié est prévenu personnellement plusieurs jours à l’avance.

Il n’y a pas de visite pendant les jours fériés et les vacances scolaires.

Une radiographie est obligatoire pour les salariés du Service Technique.

***Prise de notes : Ceci est à dicter aux stagiaires***

**Visite médicale du 06**

- ABOUDI Saïd

- ABOUWAHAB Abdellah

- BELFARJI Réda

- BENAYAD Bachir

- BENKACEM Mahfoud

- BENANI Nabil

- ABIDI Jamal

- EL AMRANI Karim

- BENBRAHIM Youssef

- EL KERDOUDI Fatimzahra

**Visite médicale du 13**

- CHAKIR Hnane

- HAKIMI Moustapha

- KHIARI Laarbi

- KORCHI Salima

- KOUDI Mohamed

- LABYAD Hakim

- LACHGHAR Mohamed

- LAHBABI Nezha

- LINAOUI Abdelkrim

- LOUTIFI Fatima

**Visite médicale du 20 Visite médicale du 27**

- MAKHLOUFI Khalid - ZEROUAL Siham

- MECHHOUR Mounir

- MOUMNI Noureddine

- OULHRIZ Khadija

- ZEROUALI Fatima

- SAHOUTI Ilham

- SAYYOUTI Nouamane

- SBAI Mouncef

- SOUDHI Lamia

- ZAGHLOULI Loubna

Vérifier s'il n'y a pas de nouveaux entrants. Si oui, les inclure.

Préparer pour le médecin, la liste des personnes convoquées.

Mettre à jour le relevé annuel et classer la convocation visée par le médecin dans le dossier du salarié.

******

**ProDrive S.A.**

**Convocation Visite Médicale**

M. Mme. Melle. : ..........................................................................................................

Direction Générale  (1)

Service Financier 

Service des Ressources Humaines 

Service Technique 

Service Commercial 

est prié de se rendre à la visite médicale

Le ……………………….à heure ………………….h……..min

A l’infirmerie de l’entreprise, veuillez vous munir de la présente convocation.

**Visite :**

* (1) Annuelle
* D’embauche
* Reprise maladie
* Reprise accident.

Visa du Médecin

(1) Cocher la case correspondant

**VISITE MEDICALE ANNUELLE 20XX**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MOIS DE** | | | | | | |
| **DATE** | **HEURE** | **NOM** | **PRENOM** | **SERVICE** | **POSTE** | **DECISION DU MEDECIN** |
|  |  |  |  |  |  |  |