



INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE
DE LA REPUBLIQUE DU MALI

CENTRE MEDICAL INTER-ENTREPRISES DE.....

MEDECIN RESPONSABLE DE.....

FICHE MEDICALE D'EMBAUCHE

(Destinée à l'Employeur – A présenter sur requête à l'Inspecteur du Travail)

EMPLOYEUR

Nom Prénom ou Raison Sociale	_____	N° d'Immatriculation _____
Profession	_____	
Adresse et N° de Téléphone	_____	
Genre d'activité	_____	Nombre de salariés.....
		Poste proposé _____

SALAIRE

Nom Prénom.....	Numéro d'immatriculation ou Date de naissance _____
Nom de Jeune Fille	
Adresse.....	Pays d'origine.....
Situation de Famille.....	Age..... Sexe
Instruction.....	Date de la visite d'embauche
Capacité professionnelle.....	Principaux emplois déjà occupés _____ _____ _____

Conclusion de l'Examen Médical

<u>MEDICALES</u>	1) Aptitude au travail envisagé	☐ OUI
	2) Maladie à suivre	☐ NON
<u>PROFESSIONNELLES</u>	1) Aptitude au travail envisagé	☐ OUI
	2) Reclassement éventuel	☐ NON
(Si non)		_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Cette fiche n'est valable que si elle est soumise à l'employeur moins de 48 heures après la visite d'embauche signature du responsable