

# FORMULAIRE DE RECOURS

## RECOMMANDE

Date :

Au médecin-inspecteur du travail  
Inspection médicale

---

## Recours contre la décision du conseiller en prévention-médecin du travail

Service pour la prévention et la protection au travail :

Employeur :

## A l'attention du médecin-inspecteur du travail

Ayant pris connaissance de la décision notifiée le \_\_\_\_\_ par le conseiller en prévention-médecin du travail attaché au service pour la prévention et la protection du travail précité, je vous informe que j'introduis un recours contre ladite décision.

J'ai prié le Docteur \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ de vous adresser les conclusions médicales qu'il estimera devoir formuler à mon sujet.

Signature

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_