

# Attestation de la conformité aux exigences médicales pour Autoprotection Déplacement (AP D) / Activités selon RTE 20100

Collaboratrices et collaborateurs de l'entreprise tierce :

Données personnelles (selon pièce d'identité officielle avec photo):

<b>Nom, Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	
<b>Entreprise</b> (nom, adresse)	
<b>Fonction aux CFF</b>	
<b>Coordonnées</b> (adresse)	
(numéro de téléphone adresse électronique)	
<b>Interlocuteur pour toute question</b> (nom, prénom, fonction)	
(numéro de téléphone, adresse électronique)	

## Exigences médicales des CFF

### État de santé général stable

Aucun trouble de santé consécutif à une maladie ou à la prise de médicaments, tel que troubles de la conscience ou pertes de conscience survenant soudainement, vertiges, troubles de l'équilibre, troubles de l'attention ou de la concentration.

### Test auditifs et visuels y c. vision des couleurs

- acuité visuelle minimale, corrigée ou non: œil le meilleur 0.5, œil le plus mauvais 0.3,
- aucune restriction du degré de correction avec des lunettes,
- anomalies de la vision des couleurs,
- faculté auditive minimale (pour chaque oreille):
  - 500 -2000 Hz
  - 3000 Hz
  - 4000 Hz
  - 40 dB
  - 50 dB
  - 60 dB

### Attestation de l'entreprise tierce (cadre ou organisme responsable de la confirmation) :

Je confirme que la personne susmentionnée a subi tous les examens médicaux nécessaires et qu'elle a été déclarée apte.

<b>Nom, Prénom</b>	
<b>Entreprise</b>	
<b>Lieu, date</b>	<b>Signature</b>