



Annexe 2c, page 1, de la directive sur les examens d'aptitude psychologique
Attestation de la personne examinée

Nom:	
Prénom:	
Date de naissance:	

Conditions générales

L'OAASF régit, à l'article 11, et l'OASF, aux articles 12 et 13, les dispositions de principe des examens d'aptitude psychologique, la déclaration relative aux capacités restreintes de la personne ainsi que l'indication conforme à la réalité de faits psychologiques.

Conservation des confirmations (annexe 2c):

- **Un exemplaire dans les archives du psychologue-conseil**
- **Un exemplaire est adressé à l'entreprise**
- **Un exemplaire est adressé à la personne examinée**

La personne examinée atteste par sa signature qu'elle a pris connaissance des conditions générales et que toutes les indications sur sa personne sont véridiques. Par sa signature, elle autorise le psychologue-conseil ainsi que le médecin traitant, les médecins spécialistes et psychologues chargés d'exams spéciaux, le service médical spécialisé et l'OFT à se procurer ou à échanger des renseignements et des documents d'ordre médical ou psychologique sur sa personne. La personne examinée prend connaissance du fait que toute indication fautive ou tout fait important dissimulé peut entraîner ultérieurement qu'une attestation n'est pas octroyé par l'entreprise ou qu'elle soit retirée à un moment quelconque pour une durée déterminée ou indéterminée, ou à titre définitif. En cas de changement de psychologue-conseil, la personne examinée autorise en outre le psychologue-conseil à transmettre son dossier à son successeur. De plus, elle donne son accord à ce qu'une éventuelle constatation d'une consommation occasionnelle de cannabis puisse être communiquée à l'entreprise. La personne examinée est en droit de demander à tout moment des renseignements sur les données traitées/enregistrées chez le psychologue-conseil.

Lieu, date:	Signature:
-------------	------------



Annexe 2c, page 2, de la directive sur les examens d'aptitude psychologique

Données personnelles:	
Nom:	
Prénom:	
Date de naissance:	
N° personnelle:	
Entreprise:	
Catégorie:	<input type="checkbox"/> B Chef-circulation <input type="checkbox"/> Autre:

Résultat:	
Examen d'aptitude effectué par:	
Nom de l'institut:	
Date de l'examen:	
<input type="checkbox"/> Premier examen en vertu de l'art. 11 OAASF	
<input type="checkbox"/> Examen extraordinaire / évaluation en vertu des art. 12 et 13 OASF	
<input type="checkbox"/> Apte	
<input type="checkbox"/> Inapte	
<input type="checkbox"/> Apte sous réserves	
Remarques:	
Lieu, date, timbre et signature du / de la psychologue-conseil:	