NOM DE L'OUVRIER OU DE L'EMPLOYÉ	AGE	EMPLOI OCCUPÉ DANS L'ÉTABLISSEMENT	DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL	DÉCISION DU MÉDECIN OU NUMÉRO DU CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL ANNEXÉ AU DOSSIER DE L'INTÉRESSÉ	DATE ET DURÉE D'ABSENCE POUR CAUSE DE MALADIE	DATE DE JUSTIFICATION D'ABSENCE ET NOM DU MÉDECIN QUI L'A DÉLIVRÉ	INDICATION DES DATES DES EXAMENS SPÉCIAUX	OBSERVATIONS DU MÉDECIN-INSPECTEUR DU TRAVAIL ET DE LA MAIN D'OEUVRE ET VISAS DU SERVICE DE L'INSPECTION DU TRAVAIL