

AUTORISATION DE CONDUITE

Je soussigné(e) (Nom et fonction) :

De l'entreprise :

Atteste que (Nom) :

Fonction :

- A été déclaré médicalement apte à la conduite des **CHARIOTS AUTOMOTEURS DE MANUTENTION** le :
- A connaissance des lieux et des instructions à respecter sur le(s) site(s) d'utilisation.
- Est titulaire des CACES® R489 :

Catégorie 1A	Délivré le :	Par :
Catégorie 1B	Délivré le :	Par :
Catégorie 2A	Délivré le :	Par :
Catégorie 2B	Délivré le :	Par :
Catégorie 3	Délivré le :	Par :
Catégorie 4	Délivré le :	Par :
Catégorie 5	Délivré le :	Par :
Catégorie 6	Délivré le :	Par :
Catégorie 7	Délivré le :	Par :

En foi de quoi j'autorise, à conduire les chariots automoteurs de manutention suivants dans le cadre de son activité professionnelle :

Catégorie 1A		Catégorie 2B		Catégorie 5	
Catégorie 1B		Catégorie 3		Catégorie 6	
Catégorie 2A		Catégorie 4		Catégorie 7	

Autorisation de conduite délivrée le :

Date limite de validité (à définir par l'employeur) :

Fait à :

Cachet de l'entreprise – Signature du Chef d'entreprise ou délégataire

