

## AUTORISATION DE CONDUITE

Je soussigné(e) : .....

Nom de l'entreprise : .....

Adresse de l'entreprise:.....

Atteste que :

M, Mme, Mlle (1) .....

• A été déclaré(e) médicalement apte à la conduite des chariots de manutention  
automoteurs à conducteur porté le .....

• Est titulaire du CACES® R.489 :

Catégorie ..... Délivré le : ..... Par : .....

Catégorie ..... Délivré le : ..... Par : .....

Catégorie ..... Délivré le : ..... Par : .....

• A connaissance des lieux et des instructions à respecter sur le(s) site(s) d'utilisation

En foi de quoi j'autorise (Nom/Prénom et fonction du salarié)

.....  
à conduire les modèles de chariots automoteurs de manutention à conducteur porté suivants  
dans le cadre de son activité professionnelle :

- .....
- .....
- .....

A compter du : .....

Délivré à : ..... Le .....

Le Chef d'établissement ou délégataire  
(signature)