|  |  |
| --- | --- |
|  | FICHE DE SIGNALEMENT |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date du signalement** |  |

|  |
| --- |
| **Origine du signalement** |
| [ ]  Employeur[ ]  Salarié[ ]  Travailleur indépendant | [ ]  AIST[ ]  AIST CME[ ]  MDPH | [ ]  CSE[ ]  MSA[ ]  Autre :  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Entreprise / Employeur concerné** |  | **Nom Prénom du (de la) salarié (-e)** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Objet de la demande et difficultés existantes ou prévisibles pour le maintien au poste** |
|  |

|  |
| --- |
| **Merci de préciser votre demande ci-dessous (merci de ne cocher qu’une seule case)** |
| [ ]  Le salarié / agent / travailleur indépendant a des difficultés de santé mais veut rester dans l’entreprise[ ]  Le salarié / agent / travailleur indépendant a des difficultés de santé et veut quitter l’entreprise[ ]  Le salarié souhaite changer de métier en lien avec ses soucis de santé[ ]  Le salarié souhaite changer de métier sans lien avec des soucis de santé |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Entreprise / Employeur concerné** |  | **Nom Prénom du (de la) salarié (-e)** |
| Adresse |  |  | Adresse |  |
| Code postal |  |  | Code postal |  |
| Ville |  |  | Ville |  |
| Tél  |  |  | Date de naissance |  |
| Mail |  |  | Dépt de naissance |  |
| Activité (NAF) |  |  | Tél |  |
| SIRET |  |  | Mail |  |
| Nb de salariés |  |  | Niveau de diplôme / formation |
|  |  |  |  |
| Type d’entreprise |  |  | Nature du handicap |  |
|  [ ]  Secteur privé |  | [ ]  Auditif | [ ]  Maladie invalidante |
|  [ ]  Fonction Publique Territoriale |  | [ ]  Visuel | [ ]  Traumatisme crânien |
|  [ ]  Travailleur indépendant |  | [ ]  Moteur | [ ]  Troubles psychiques |
|  [ ]  EPIC |  | [ ]  Déficience intellectuelle | [ ]  Autres :  |
|  [ ]  Fonction Publique d’Etat |  |  |  |
|  [ ]  Fonction Publique Hospitalière |  | Origine du handicap |
|  |  | [ ]  maladie | [ ]  mal. pro. | [ ]  acc. du trav. |
|  |  |  |
| **Nom et prénom de la personne en charge du dossier**  |  | Statut de la personne en situation de handicap |
| **dans l’entreprise** |  | [ ]  RQTH ------------------> | [ ]  active | [ ]  en attente |
| Nom |  |  | [ ]  Pension d’invalidité ----> | [ ]  cat 1 | [ ]  cat 2 |
| Qualité |  |  | [ ]  Accident du travail -----> | [ ]  IPP>10% | [ ]  IPP<10% |
| Tél |  |  | [ ]  Maladie pro | [ ]  Carte d’invalidité |
| Mail |  |  | [ ]  AAH |  |
|  |  |  |
|  |  | Poste occupé |  |
|  |  | Date d’embauche |  |
|  |  | Type de contrat |  |

 TSVP 🡪

|  |  |
| --- | --- |
|  | FICHE DE SIGNALEMENT |

|  |
| --- |
| **AVIS DU MEDECIN DU TRAVAIL AU MOMENT DU SIGNALEMENT** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et Prénom du Médecin du travail |  |
| Dernière visite le |  |
| Avis du médecin |
| [ ]  aptitude avec restriction ou aménagement |
| [ ]  inaptitude |
| [ ]  avis simple |

|  |  |
| --- | --- |
| Nature de la visite | Restrictions médicales (à préciser) |
| Dernière visite le |  |
| [ ]  pré-reprise |
| [ ]  reprise |
| [ ]  autre : |

**Nous vous remercions de nous faire parvenir cette fiche avec tous les éléments utiles, et notamment une copie de la RQTH, si toutefois le (la) salarié(-e) en est déjà titulaire.**

Les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées par Cap emploi 63 dans un fichier informatisé pour **nous permettre d’assurer votre accompagnement professionnel.**

Elles sont mises à jour en cours d’accompagnement et sont conservées pendant toute la **durée de votre suivi Cap emploi.**

**Conformément à la** [**loi « informatique et libertés »**](https://www.cnil.fr/fr/loi-78-17-du-6-janvier-1978-modifiee)**, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en faisant une demande par mail à****capemploi@capemploi63.fr** **ou par courrier à Cap emploi- Centre Beaulieu – 19, bld Berthelot - 63400 CHAMALIERES**

Créé le 02 01 2018

Créateur : JF

Version : 4