|  |  |
| --- | --- |
|  | 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**](mailto: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