

Date du signalement

Origine du signalement

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Employeur | <input type="checkbox"/> AIST | <input type="checkbox"/> CSE |
| <input type="checkbox"/> Salarié | <input type="checkbox"/> AIST CME | <input type="checkbox"/> Réseau patronal |
| <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant | <input type="checkbox"/> MDPH | <input type="checkbox"/> MSA |
| | | <input type="checkbox"/> Autre : |

Entreprise / Employeur concerné

Nom Prénom du 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 du Salarié(-e)

Adresse :

Adresse :

Code postal :

Code postal :

Ville :

Ville :

Tél/Portable :

Date de naissance :

Mail :

Département de naissance :

Activité (NAF) :

Tél/Portable :

SIRET :

Mail :

Nb de salariés :

Niveau de diplôme/formation :

Nom du médecin du travail :

Nature du handicap

Type d'entreprise :

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Auditif | <input type="checkbox"/> Maladie invalidante |
| <input type="checkbox"/> Visuel | <input type="checkbox"/> Traumatisme Crânien |
| <input type="checkbox"/> Moteur | <input type="checkbox"/> Troubles Psychiques |
| <input type="checkbox"/> Déficience | <input type="checkbox"/> Autres : |

Secteur Privé

Fonction Publique Territoriale

Travailleur indépendant

EPIC

Fonction Publique d'Etat

Fonction Publique Hospitalière

Intellectuelle

Origine du handicap :

Maladie MP AT

Statut de la personne en situation de handicap

Nom et prénom de la personne en charge du dossier dans l'entreprise

Nom :

Qualité

Tél :

Mail :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> RQTH -----> | <input type="checkbox"/> en cours / <input type="checkbox"/> dde déposée |
| <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité > | <input type="checkbox"/> cat 1 / <input type="checkbox"/> cat 2 |
| <input type="checkbox"/> Accident du travail -> | <input type="checkbox"/> IPP ≥ 10% / <input type="checkbox"/> IPP ≤ 10% |
| <input type="checkbox"/> Maladie pro | |
| <input type="checkbox"/> Carte d'invalidité | |
| <input type="checkbox"/> AAH | |

AVIS DU MEDECIN DU TRAVAIL AU MOMENT DU SIGNALEMENT

Nom et Prénom du Médecin du travail :

Dernière visite le :

Avis :

- aptitude avec restriction ou aménagement
 inaptitude
 avis simple

Nature de la visite	Restrictions Médicales (à préciser)
<input type="checkbox"/> Pré reprise <input type="checkbox"/> Reprise <input type="checkbox"/> 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.

Créé le 02 01 2018

Créateur JF

Version : 4

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 »](#), 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