Si vous sollicitez Cap emploi uniquement pour préparer la reconversion professionnelle (CEP) du salarié, sans recherche de solution de maintien dans l’entreprise, merci de cocher cette case [ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date du signalement |  |  |
|  |  |
| Origine du signalement | [ ]  employeur | [ ]  AIST | [ ]  CSE |
| [ ]  salarié | [ ]  AIST CME | [ ]  réseau patronal |
| [ ]  travailleur indépendant | [ ]  MDPH | [ ]  MSA |
|  |  |  | [ ]  Autre : |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTITE DE L’ENTREPRISE** | **IDENTITE DU SALARIE** |
| Raison sociale :Adresse :Code postal : Ville : Tél/Portable :Mail :Activité (NAF) :SIRET :Nb de salariés :Nom du médecin du travail :Type d’entreprise :[ ]  Secteur Privé[ ]  Fonction Publique Territoriale [ ]  Travailleur indépendant[ ]  EPIC [ ]  Fonction Publique d’Etat [ ]  Fonction Publique Hospitalière | Nom :Prénom :Adresse :Code postal :Ville : Date de naissance :Département de naissance :Tél/Portable :Mail :Niveau de diplôme/formation :

|  |
| --- |
| Nature du handicap |
| [ ]  Auditif[ ]  Visuel[ ]  Moteur[ ]  Déficience Intellectuelle | [ ]  Maladie invalidante[ ]  Traumatisme Crânien[ ]  Troubles Psychiques[ ]  Autres :  |

Origine du handicap :[ ]  Maladie[ ]  Maladie Professionnelle[ ]  Accident du travailStatut de la personne en situation de handicap

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  RQTH -------------->[ ]  Pension d’invalidité >[ ]  Accident du travail ->[ ]  Maladie pro[ ]  Carte d’invalidité[ ]  AAH | [ ]  en cours / [ ]  dde déposée[ ]  cat 1 / [ ]  cat 2[ ]  IPP ≥ 10% / [ ]  IPP ≤ 10%  |

 |
| **Nom et prénom de la personne en charge du dossier dans l’entreprise**Nom :QualitéTél :Mail : |
| Date d’embauche dans l’entreprise | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Type de contrat : | [ ]  CDI [ ]  CDD -------------------------------> | [ ]  Temps plein / [ ]  Temps partielDate de fin : |
| Poste occupé : |  |
| Situation actuelle : | [ ]  En poste[ ]  En poste aménagé provisoire[ ]  En temps partiel thérapeutique | [ ]  En arrêt de travail, si oui :Date de début : Date de fin :  |
| **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) |
| [ ]  Pré reprise[ ]  Reprise[ ]  Autre :  |  |

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

 |

Les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées par Cap emploi 63 dans un fichier informatisépour **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**

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.