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 travail  Statut 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 :  Qualité  Tél :  Mail : | |
| Date d’embauche dans l’entreprise | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Type de contrat : | CDI  CDD -------------------------------> | | Temps plein /  Temps partiel  Date 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**](mailto: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.