

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 | <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 : |

IDENTITE DE L'ENTREPRISE	IDENTITE DU SALARIE												
<p>Raison sociale :</p> <p>Adresse :</p> <p>Code postal :</p> <p>Ville :</p> <p>Tél/Portable :</p> <p>Mail :</p> <p>Activité (NAF) :</p> <p>SIRET :</p> <p>Nb de salariés :</p> <p>Nom du médecin du travail :</p> <p>Type d'entreprise :</p> <p><input type="checkbox"/> Secteur Privé</p> <p><input type="checkbox"/> Fonction Publique Territoriale</p> <p><input type="checkbox"/> Travailleur indépendant</p> <p><input type="checkbox"/> EPIC</p> <p><input type="checkbox"/> Fonction Publique d'Etat</p> <p><input type="checkbox"/> Fonction Publique Hospitalière</p>	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Code postal :</p> <p>Ville :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Département de naissance :</p> <p>Tél/Portable :</p> <p>Mail :</p> <p>Niveau de diplôme/formation :</p> <p>Nature du handicap</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Auditif</td> <td><input type="checkbox"/> Maladie invalidante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Visuel</td> <td><input type="checkbox"/> Traumatisme Crânien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Moteur</td> <td><input type="checkbox"/> Troubles Psychiques</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Déficience Intellectuelle</td> <td><input type="checkbox"/> Autres :</td> </tr> </table> <p>Origine du handicap :</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie Professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Accident du travail</p>	<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 Intellectuelle	<input type="checkbox"/> Autres :				
<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 Intellectuelle	<input type="checkbox"/> Autres :												
<p>Nom et prénom de la personne en charge du dossier dans l'entreprise</p> <p>Nom :</p> <p>Qualité :</p> <p>Tél :</p> <p>Mail :</p>	<p>Statut de la personne en situation de handicap</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> RQTH -----></td> <td><input type="checkbox"/> en cours / <input type="checkbox"/> dde déposée</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pension d'invalidité ></td> <td><input type="checkbox"/> cat 1 / <input type="checkbox"/> cat 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Accident du travail -></td> <td><input type="checkbox"/> IPP ≥ 10% / <input type="checkbox"/> IPP ≤ 10%</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Maladie pro</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Carte d'invalidité</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AAH</td> <td></td> </tr> </table>	<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	
<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													
<p>Date d'embauche dans l'entreprise _____</p> <p>Type de contrat :</p> <p><input type="checkbox"/> CDI</p> <p><input type="checkbox"/> CDD -----></p> <p>Poste occupé :</p> <p>Situation actuelle :</p> <p><input type="checkbox"/> En poste</p> <p><input type="checkbox"/> En poste aménagé provisoire</p> <p><input type="checkbox"/> En temps partiel thérapeutique</p>	<p><input type="checkbox"/> Temps plein / <input type="checkbox"/> Temps partiel</p> <p>Date de fin :</p> <p><input type="checkbox"/> En arrêt de travail, si oui :</p> <p>Date de début :</p> <p>Date de fin :</p>												

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 :	

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 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

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.