

A remplir uniquement
pour les personnes qui travaillent :

► par vous-même (*recto*)

Et

► par votre médecin du travail (*verso*)

RECONNAISSANCE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ ET RESTRICTION D'APTITUDE DANS L'EMPLOI

Vous avez fait une première demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

L'objectif de ce document est de fournir des informations précises au médecin de la MDPH chargé d'étudier votre dossier afin qu'il puisse apporter à la CDAPH un avis pertinent sur votre situation.

***Document à retourner au secrétariat de la MDPH
sous pli confidentiel adressé au médecin de la MDPH,
pour les premières demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
ou en cas d'évolution significative de votre état de santé et/ou de vos conditions de travail.***

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

EMPLOYEUR :

EMPLOI OCCUPÉ :

DESCRIPTION DU POSTE DE TRAVAIL ET DES TÂCHES À EFFECTUER :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

PARTIE RESERVÉE AU MEDECIN DE SANTÉ AU TRAVAIL

Nature de la ou des affections ou des séquelles susceptibles de réduire les capacités de la personne à maintenir son emploi :

.....
.....
.....
.....

Compte tenu des exigences du poste et des conditions de travail, le handicap présenté réduit-il de manière effective la capacité à maintenir son emploi actuel ? (Veuillez préciser)

.....
.....
.....
.....

Y a-t-il lieu de prévoir un aménagement du poste de travail ou nécessité d'une compensation du handicap ?

.....
.....
.....
.....

L'intervention du service « *maintien dans l'emploi* » de Cap emploi est-elle :

Prévue : Oui Non **Effective** : Oui Non **Sans objet** : Oui Non

Date :/...../.....

Le Médecin Santé au travail

Signature

Docteur