



FICHE MEDICALE à remplir par le Médecin du Travail

Numéro de dossier MDPH :

Nom et prénom du salarié :

Date de naissance : / /

Adresse :

Nom de l'entreprise et lieu de travail :

Date d'embauche dans l'entreprise : Poste occupé depuis le :

Fonction et description du poste occupé (tâches, activités) :

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

Nature du contrat : CDI CDD Fonction publique

Temps de travail : Temps complet Temps partiel, préciser nombre d'heures hebdomadaires :

Motivé par le handicap ? Oui Non

La personne est-elle en arrêt de travail : Oui Non

Si oui depuis quelle date ?

Motif de l'arrêt : Maladie Accident du Travail Maladie Professionnelle

Nature du handicap (plusieurs réponses possibles) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Déficiences intellectuelles et cognitives | <input type="checkbox"/> Déficiences auditives |
| <input type="checkbox"/> Déficiences du langage et de la parole | <input type="checkbox"/> Déficiences viscérales |
| <input type="checkbox"/> Déficiences visuelles | <input type="checkbox"/> Déficiences du psychisme |
| <input type="checkbox"/> Déficiences motrices | <input type="checkbox"/> Autres déficiences |
| <input type="checkbox"/> Autre maladie invalidante : consécutif à : | |

Origine du handicap : Accident de travail-trajet Maladie génétique Maladie congénitale
 Accident de la vie privée Maladie professionnelle Maladie

Retentissement(s) éventuel(s) induit(s) par la pathologie/le handicap sur l'aptitude au poste de travail (restriction d'aptitude, aménagement de poste, horaires particuliers, difficultés de déplacement, etc.) :

ET

Préconisations d'aménagement, déjà réalisées ou en cours, du poste de travail et de son environnement (les moyens mis en œuvre pour maintenir le salarié dans l'entreprise) :

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

Préconisations prématurées car situation non stabilisée

Est ce que les retentissements de la(les) pathologie(s) ont une répercussion sur le maintien en emploi ? Oui Non

Un avis d'inaptitude est-il envisagé ? Oui Non Si oui à quelle date ?/...../.....
 Ne peut se prononcer à ce jour
 Non concerné (salarié de droit public)

Une mise en relation avec CAP EMPLOI a été effectuée ? Oui Non
(ex : Service d'Aide au Maintien en Emploi des Travailleurs Handicapés : 03 86 52 45 67)

Pour les salariés de droit public :

Une mise en relation avec le CENTRE DE GESTION a-t-elle été effectuée ? Oui Non

Fait à Le

Nom et adresse du Médecin du travail

Signature du médecin
(cachet obligatoire)