



**PROCEDURE ACCELEREE RQTH FAVORISANT LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI
FICHE MEDICALE à remplir par le Médecin du Travail**

Nom et Prénom : Nom de naissance
Date de naissance :/...../.....

Adresse personnelle :

Nom et adresse de l'Entreprise :

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

Fonction et description précise du poste de travail :
.....
.....
.....

La personne est-elle en arrêt de travail ? **Oui** **Non**

Une Visite de pré-reprise a-t-elle eu lieu / est-elle prévue ? **Oui** **Non** Date de la visite/...../.....

Nature du handicap

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle et cognitive | <input type="checkbox"/> Déficience auditive |
| <input type="checkbox"/> Déficience du langage et de la parole | <input type="checkbox"/> Déficience viscérale |
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle | <input type="checkbox"/> Déficience du psychisme |
| <input type="checkbox"/> Déficience motrice | <input type="checkbox"/> Autre déficience |

NB : Si vous estimez nécessaire de fournir des informations supplémentaires, merci de le faire sous pli cacheté.

Retentissement(s) éventuel(s) du handicap sur l'aptitude au poste de travail actuel (aménagement de poste, horaires particuliers, difficultés de déplacement, absentéisme, etc...) :
.....
.....
.....
.....

Un avis d'aptitude avec restriction ou aménagement est-il prononcé ou envisagé ? **Oui** **Non** Un risque de licenciement existe-t-il ? **Oui** **Non** si oui à quelle date ?/...../.....

Un avis d'inaptitude est-il envisagé ? **Oui** **Non** si oui à quelle date ?/...../..... Un reclassement interne est-il envisageable ? **Oui** **Non**

Un avis d'inaptitude est-il prononcé ? **Oui** **Non** si oui à quelle date ?/...../.....
.....

Fait à Le

Nom et adresse du Médecin du travail
Signature(Cachet)