Procédure accélérée de demande d'une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) favorisant le maintien dans l'emploi

FICHE MEDICALE à remplir par le Médecin du Travail

Nom et Prénom du salarié: Nom de naissance
Date de naissance : / /

Adresse :

Nom et adresse de l'entreprise :

Date d'embauche dans l'entreprise : / ./ Poste actuel occupé depuis le / /
Temps de travail hebdomadaire : H

Fonction et description précise du poste de travail :

La personne est-elle en arrêt de travail ? **Oui** ❑ **Non** ❑ si oui depuis quelle date ? / /
Une visite de pré-reprise a-t-elle eu lieu / est-elle prévue ? **Oui** ❑ **Non** ❑ Date de la visite / /

Nature médicale du handicap (à indiquer avec le maximum de précisions) :

NB : Si vous estimez nécessaire de fournir des informations supplémentaires, merci de le faire sous pli cacheté, à joindre à la présente fiche

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

Un reclassement interne est-il envisageable ? **Oui** ❑ **Non** ❑
Un risque de licenciement existe-t-il ? **Oui** ❑ **Non** ❑
Si oui à quelle date ? / /

Fait à Le
Nom et adresse du Médecin du travail

Signature(Cachet)