



FICHE D'APTITUDE MEDECINE DU TRAVAIL (à remplir par le médecin du Travail)

Document nécessaire à l'étude de la demande Reconnaissance Qualité de Travailleur Handicapé

Cette fiche, destinée à être jointe au dossier de demande de « Reconnaissance Qualité de Travailleur Handicapé », doit être remise par le (la) salarié(e) au Médecin du Travail de son entreprise auquel il appartiendra de la compléter.

Couverte par le secret professionnel, elle sera placée par le médecin sous pli portant la mention « confidentiel, secret médical » ; elle sera ainsi confiée au salarié et adressée par lui à la MDPH.

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

NOM : **NOM DE JEUNE FILLE :**

Prénom : **Date de naissance :** .../.../..... (JJ/MM/AAAA)

Adresse :

N°d'immatriculation :

A L'ATTENTION DU MEDECIN DU TRAVAIL

Le (la) salarié(e) ayant demandé à être reconnu(e) travailleur handicapé doit constituer un dossier pour l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH.

Le but de ce document est de fournir à l'équipe médicale de la MDPH des éléments d'information lui permettant de prendre une décision en toute connaissance de cause.

En conséquence, il est demandé au Médecin du Travail :

- sur le plan clinique : de préciser l'affection ou les affections en cours, ainsi que les séquelles de toutes origines de nature à mettre en cause l'aptitude au travail,
- sur le plan professionnel : de faire ressortir, compte-tenu des exigences du poste et des conditions de travail, la gêne entraînée par le handicap dans le travail de l'intéressé(e).
- Enfin, et compte-tenu des éléments précédents, d'émettre un avis sur l'aptitude au travail de l'intéressé(e).

Nom et adresse du centre (ou de l'entreprise si service médical ou du service inter-entreprise) :

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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL

Le Docteur :

Médecin du travail de :

Déclare avoir examiné M./Mme/Melle :

Employé(e) de :

En qualité de :

Et fait les constatations suivantes :

1) **ETAT PATHOLOGIQUE** : (évolutif ou séquelles retentissant sur l'aptitude au travail)

Accident du travail Maladie professionnelle Autre

.....
.....

2) **EXIGENCES PARTICULIERES DU POSTE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL** :
(par rapport à l'état pathologique)

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

3) **AVIS SUR LA RESTRICTION D'APTITUDE AU POSTE DE TRAVAIL** :
(résultant du handicap)

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

4) **PERSPECTIVES D'AMENAGEMENT DU POSTE DE TRAVAIL OU DE RECLASSEMENT
DANS L'ENTREPRISE**

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

DATE et SIGNATURE