



EVALUATION DU MÉDECIN DE SANTÉ AU TRAVAIL POUR UNE DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ ET/OU D'AIDE AU RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Vous sollicitez auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) une demande de :

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (première demande ou renouvellement) - Article L323.10 du Code du travail.
- Aide au reclassement professionnel externe

Nous vous remercions de bien vouloir transmettre cette fiche de liaison à votre médecin de santé au travail. Ce document est indispensable à l'examen de votre demande.

Sans réponse de la part de votre médecin de santé au travail dans un délai de un mois et demi, votre demande sera présentée à la Commission des droits et de l'autonomie pour une décision au regard des seuls éléments dont nous disposerons.

A remplir par le médecin du travail

Renseignements concernant Mme, Mlle, M

Date de naissance :

Adresse :

Employé(e) comme :

Dans l'entreprise où vous assurez le suivi du personnel :

1. Pouvez-vous nous préciser :

La nature du poste de travail occupé jusqu'à présent (préciser les tâches si possible et l'ancienneté dans le poste) :

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

Le dernier avis d'aptitude à ce poste (avec les éventuels aménagements ou restrictions formulés) :

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

2. Envisagez-vous dans la situation actuelle :

(cocher les cases correspondant à la situation)

- Un maintien dans le poste
- Une adaptation du poste ou un reclassement interne dont vous assurez le suivi du dossier
- Un soutien du service CAP EMPLOI MAINTIEN - 6 allée de la Guérinière - CS 46706 - 35067 RENNES CEDEX - Tél : 02 23 44 82 30 - Email : contact@capemploi35.com
- Un reclassement externe (aucun maintien ne pouvant être envisagé dans l'entreprise)
- Un licenciement pour inaptitude, à quelle date ?

3. Avis sur la pertinence de la Reconnaissance de la qualité de Travailleur Handicapé (RTH ou son renouvellement de la démarche de reclassement)

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

4. D'autres démarches sont-elles en cours ou prévues (URFMP : Unité de réadaptation fonctionnelle en milieu professionnel, prestations de sécurité, expertise...) ?

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

J'autorise la MDPH à contacter directement le médecin du travail pour échanger sur ma situation : oui non

Date :

Signature et cachet du médecin de santé au travail