Maison - LOIRE - Autonomie
M.D.P.H

HOTEL DU
DEPARTEMENT
2 rue Charles de Gaulle
42022 SAINT-ETIENNE
CEDEX 1

COMPLEMENT D'INFORMATIONS AU FORMULAIRE DE DEMANDES MDPH

FICHE DE LIAISON SANTE AU TRAVAIL ENTRE MDPH 42 ET SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

RENSEIGNEMENTS NON SOUMIS AU SECRET MEDICAL

SALARIE :

NOM : …….. **PRENOM : ……..**

DATE DE NAISSANCE : ……..

ENTREPRISE :

NOM : …….. **ADRESSE : ……..**

Date d'embauche dans cette entreprise : ……..

Temps de travail hebdomadaire : ……..

FONCTION ET DESCRIPTION PRECISE DU POSTE DE TRAVAIL :

_____

_____

VEUILLEZ PRECISER S'IL S'AGIT D'UN :

Accident du travail : du …… IPP : ……. %

Maladie Professionnelle : date de déclaration …… IPP ……%

Invalidité Catégorie 1 Catégorie 2 depuis le ……

Arrêt maladie depuis le ……

RETENTISSEMENT EVENTUEL DU HANDICAP SUR L'APTITUDE AU POSTE DE TRAVAIL
(aménagement du poste, horaires particuliers, réduction du temps de travail, difficultés de déplacement, absentéisme, possibilité de maintien interne ou externe…)

_____

_____

SIGNALEMENT FAIT A CAP EMPLOI MAINTIEN : OUI ☐ NON ☐
SIGNALEMENT FAIT A LA CARSAT : OUI ☐ NON ☐

NOM : …… PRENOM : ……



<u>ASPECTS MEDICAUX DU HANDICAP :</u>
(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.

<u>AVIS D'APTITUDE LORS DE LA DERNIERE VISITE (veuillez indiquer aussi la date) :</u>

Fait à ……

Nom et prénom du médecin du travail

CACHET DU SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL