



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 :** .....



**ASPECTS MEDICAUX 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.**

**AVIS D'APTITUDE LORS DE LA DERNIERE VISITE (veuillez indiquer aussi la date) :**

---

---

---

---

---

---

**Fait à .....**

**Nom et prénom du médecin du travail**

**CACHET DU SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL**