

FICHE DE MÉDECINE DU TRAVAIL

à adresser au médecin de la Maison Loire Autonomie -
MDPH

SALARIÉ :

NOM : Prénom :

Date de naissance :

ENTREPRISE :

NOM : Adresse :

Date d'embauche dans cette entreprise :

Description précise du poste de travail :

Aspects médicaux du handicap : (à indiquer avec le maximum de précision)

Veillez préciser s'il s'agit d'un :

Accident du travail Du : IPP : %

Maladie professionnelle Date de déclaration : IPP : %

Retentissement éventuel du handicap sur l'aptitude au poste de travail actuel

(aménagement du poste, horaires particuliers, difficultés de déplacements, absentéisme)

Fait à : Le :

Nom et adresse du médecin du travail :

Avis d'aptitude lors de la dernière visite :

ADRESSE POSTALE :

Maison Loire Autonomie - MDPH
2 rue Charles de Gaulle
42022 SAINT-ÉTIENNE CEDEX 1