



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