

Fiche de sollicitation

Tous les éléments renseignés sur cette fiche de sollicitation sont indispensables au traitement de votre demande.
Nous vous en remercions par avance.

Sollicitation

- Salarié Employeur Médecin du Travail MDPH Cellule interne
 MSA CARSAT RSI / Travailleur Indépendant Autre, préciser : _____

LE SALARIÉ / AGENT / TRAVAILLEUR INDÉPENDANT / EXPLOITANT AGRICOLE

Le salarié est informé de l'intervention de Cap emploi : Oui Non

Nom / Prénom : _____

CP / Ville : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Lieu de travail :

Poste occupé : _____

Contrat de travail :

CDI Titulaire Stagiaire

Date d'embauche : _____ Date de fin : _____

Agent de la Fonction Publique

CDD / Intérim Depuis le : _____ Jusqu'au : _____

Gérant/Exploitant Depuis le : _____

Rythme de travail :

Temps plein Temps partiel

Nombre d'heures : _____

Situation de la personne au moment de la demande :

En poste

Statut de la personne en situation de handicap :

En arrêt de travail

Du : _____ au : _____

Valable du _____ au _____

En temps partiel thérapeutique Depuis le : _____

Déposée à la MDPH le _____

Prêt(e) à engager la démarche

RQTH

Pension d'invalidité

1^{ère}

catégorie

2^{ème}

catégorie

Autre titre, préciser : _____

(Exemples : rente AT/MP, AAH, ...)

COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR

L'employeur est informé de l'intervention de Cap emploi : Oui Non

N° SIRET : _____

Raison sociale : _____

Interlocuteur dans l'entreprise : _____

Adresse : _____

Email : _____

Téléphone : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

AVIS MÉDICAL

Le Médecin du travail/prévention est informé de l'intervention de Cap emploi : Oui Non

Nom / Prénom du Médecin :

Service de Santé au Travail :

Téléphone :

Mail :

Dernière visite effectuée le : _____

Pré-reprise

Reprise

Autre : _____

Décision : Avis simple

Aptitude avec
restriction ou
aménagement

Inaptitude

Nature du handicap :

Auditif

Déficience intellectuelle

Maladie invalidante

Moteur

Traumatisme crânien

Troubles psychiques

Visuel

Multi-handicap

Cognitif

Restrictions médicales détaillées :

- Contacter le médecin du travail avant intervention
- Équipe pluridisciplinaire mobilisée

NATURE DE VOTRE DEMANDE

Projet de maintien sur le même poste Projet de reclassement interne Projet de reconversion externe

Merci de préciser votre demande :

Cette fiche de sollicitation est à transmettre par e-mail à l'adresse : administratif@capemploi40-64pb.com