

## 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 : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Poste occupé : \_\_\_\_\_

Contrat de travail :

☐ CDI      ☐ Titulaire      ☐ Stagiaire  
☐ Agent de la Fonction Publique  
☐ CDD / Intérim      Depuis le : \_\_\_\_\_ Jusqu'au : \_\_\_\_\_  
☐ Gérant/Exploitant      Depuis le : \_\_\_\_\_

Rythme de travail :

☐ Temps plein      ☐ Temps partiel

Situation de la personne au moment de la demande :

☐ En poste  
☐ En arrêt de travail      Du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_  
☐ En temps partiel thérapeutique      Depuis le : \_\_\_\_\_

CP / Ville : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de travail :

Date d'embauche : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures : \_\_\_\_\_

Statut de la personne en situation de handicap :

☐ Valable du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
**RQTH** ☐ Déposée à la MDPH le \_\_\_\_\_  
☐ Prêt(e) à engager la démarche  
☐ Pension d'invalidité      ☐ 1<sup>ère</sup>      ☐ 2<sup>ème</sup>  
catégorie      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](mailto:administratif@capemploi40-64pb.com)