

FICHE DE SIGNALEMENT

ORIGINE DE LA DEMANDE

Nom de la structure :	Demande envoyée le :
Nom et Prénom du correspondant :	Fonction du correspondant :
Mail :	Téléphone :

PERSONNE CONCERNEE

Nom d'usage :	Nom de Naissance :	Prénom :
Date de naissance :	Téléphone :	Mail :
Adresse :		
Nature du handicap :	Moteur Visuel Maladie invalidante Auditif Psychique	Origine du handicap :
	Trouble psychologiques Traumatisme Crânien Déficience intellectuelle	
Bénéficiaire de l'Obligation d'emploi :	RQTH AAH Pension d'invalidité	Rente AT/MT (>=10%) CMI invalidité (MDPH)
	Non bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi	Demande en cours

EMPLOYEUR

SIRET :	Raison sociale :
Correspondant :	Fonction correspondant :
Mail :	Téléphone :
Adresse :	

MEDECINE DU TRAVAIL

Structure :	Nom et prénom du médecin du travail :
Téléphone :	Mail :

SITUATION DE LA PERSONNE EN RISQUE D'INAPTITUDE

Poste occupé :		
Type de contrat :	Ancienneté :	Rythme de travail :
Situation actuelle :	Si en arrêt, depuis le :	
Origine du risque d'inaptitude :	L'employeur est informé du risque d'inaptitude :	
Le salarié donne-t-il son accord pour que Cap emploi contacte son employeur :		

DESCRIPTION DE LA SITUATION / BESOIN IDENTIFIES

--

INFORMATIONS MEDICALES : Restriction(s) d'aptitude(s) au poste, capacités résiduelles, aménagement(s) préconisé(s)
à renseigner par le médecin du travail s'il est à l'origine du signalement

--

SIEGE ET AGENCE DE FONTAINE

37, Rue de la liberté – 38600 FONTAINE
04 76 53 01 49
accueil.fontaine@capemploi38.com

AGENCE DE BOURGOIN

28, route de Lyon – 38300 DOMARIN
04 74 28 66 49
accueil.bourgoin@capemploi38.com

AGENCE DE VIENNE

19, Montée de Malissol – 38200 VIENNE
04 74 53 02 75
accueil.vienne@capemploi38.com