

## FICHE DE SIGNALEMENT

**Toute fiche incomplète ne pourra être prise en compte (1 page)**

<b>ORIGINE DE LA DEMANDE (Nom de la structure) :</b>		<b>envoyée le :</b>
Nom du correspondant :	Fonction correspondant :	
Mail :	Téléphone :	

<b>NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE CONCERNÉE :</b>		<b>Nom de naissance :</b>	
Date de naissance	Téléphone :	Mail :	
Adresse :		Code postal et ville:	
Nature du handicap :	<input type="checkbox"/> Moteur	<input type="checkbox"/> Visuel	<input type="checkbox"/> Maladie invalidante
	<input type="checkbox"/> Auditif	<input type="checkbox"/> Psychique	<input type="checkbox"/> Traumatisme crânien
			<input type="checkbox"/> Troubles psychologiques
			<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle
Origine du handicap :	<input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Maladie professionnelle
			<input type="checkbox"/> Accident du travail
			<input type="checkbox"/> Naissance
Éligible à la loi 2005 :	Si oui ou demande en cours, quel(s) titre(s) :		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> en cours	<input type="checkbox"/> RQTH	<input type="checkbox"/> AAH	<input type="checkbox"/> CMI invalidité (MDPH)
	<input type="checkbox"/> Pension invalidité (SS)	<input type="checkbox"/> Rente AT/MT(>=10%)	

<b>RAISON SOCIALE DE L'EMPLOYEUR :</b>	
Adresse :	Code postal et ville :
Correspondant :	Fonction correspondant :
Mail :	Téléphone :
Employeur éligible aux aides : <input type="checkbox"/> AGEFIPH <input type="checkbox"/> FIPHP	Sous accord agréé en faveur des travailleurs handicapés : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Adhérent à l'OETH par le biais de NEXEM, FEHAP, ou la croix rouge : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

<b>NOM ET PRÉNOM MÉDECIN DU TRAVAIL :</b>		
SST :	Téléphone :	Mail :

<b>SITUATION DE LA PERSONNE EN RISQUE D'INAPTITUDE</b>		
Poste occupé :	Type contrat : <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> Indépendant	Rythme de travail :
Ancienneté dans l'entreprise :	Origine du risque d'inaptitude :	
Situation actuelle :		
Si en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique, depuis le :		
L'employeur est-il informé du risque d'inaptitude :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Le salarié donne-t-il son accord pour que Cap emploi contacte son employeur :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

<b>DESCRIPTION DE LA SITUATION / BESOINS IDENTIFIÉS</b>

<b>INFORMATIONS MÉDICALES – à renseigner par le médecin du travail s'il est à l'origine du signalement</b>
Restriction(s) d'aptitudes au poste, capacités résiduelles, aménagement préconisé :

SIÈGE ET AGENCE DE FONTAINE	AGENCE DE BOURGOIN	AGENCE DE VIENNE
37, Rue de la liberté 38600 Fontaine 04 76 53 01 49 accueil.fontaine@capemploi38.com	28, route de Lyon 38300 Domarin 04 74 28 66 49 accueil.bourgoin@capemploi38.com	19, Montée de Malissol 38200 Vienne 04 74 53 02 75 accueil.vienne@capemploi38.com