

## FICHE DE LIAISON MÉDECIN DU TRAVAIL ET MÉDECIN MDPH

Ce présent document est destiné à compléter les informations concernant un salarié d'une entreprise dont vous assurez le suivi.

L'intéressé sollicite :

- une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (R.T.H.)
- une aide à l'orientation professionnelle
- un maintien dans l'emploi, un reclassement dans l'entreprise avec aménagement de poste.

Pour permettre à la MDPH de se prononcer, l'équipe médicale aurait besoin que vous précisiez :

- **Sur le plan clinique** : quelles sont les affections en cours ou les séquelles de toutes origines, susceptibles de remettre en cause l'aptitude au poste de travail actuel ?
- **Sur le plan professionnel** : quelles sont les difficultés sur le poste de travail entraînées par le handicap et l'aménagement nécessaire pour l'y maintenir d'une part, et quel votre avis sur l'aptitude au travail de demandeur et sur ses possibilités de reclassement interne ou externe à l'entreprise d'autre part ?

**Nous vous rappelons que l'ensemble des services et les membres de la MDPH sont astreints au secret médical (article 378 du Code Pénal).**

**A REMPLIR PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL :**

Le Docteur

(date et tampon du Service Médical)

Médecin du travail de

Déclare avoir examiné M..... le :

Employé(e) de

En qualité de

Et fait les constatations suivantes :

**I) ETAT PATHOLOGIQUE, évolutif ou séquelles retentissant sur l'aptitude au travail :**

**II) DESCRIPTION DU POSTE et contraintes particulières liées aux conditions de travail, compte tenu du handicap :**

**III) AVIS SUR LA RESTRICTION D'APTITUDE AU POSTE DE TRAVAIL :**

**IV) AVIS SUR UN AMÉNAGEMENT DE POSTE ET/OU UNE AIDE TECHNIQUE.  
L'AVEZ-VOUS PROPOSÉ ?**

**V) AVIS QUANT A L'APTITUDE A EXERCER UN AUTRE EMPLOI, dans l'entreprise ou non, sans nécessité d'une formation de longue durée. Préciser, dans la mesure du possible, le type d'emploi que pourrait assumer l'intéressé(e) :**

**VI) AVIS QUANT A L'INTÉRÊT DU STATUT DE LA RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ :**

**A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**N° de dossier MDPH / ex COTOREP :**

**Employeur :**

**Date d'entrée dans l'entreprise :**

**Emploi exercé :**

**Autres emplois exercés (dans l'entreprise et avant l'entrée dans cette entreprise) ; mentionner la durée de ces emplois :**