



mdph59

maison départementale
des personnes handicapées du Nord

COMPLEMENT D'INFORMATIONS AU FORMULAIRE DE DEMANDE(S) MDPH

FICHE DE LIAISON MDPH - SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

Cadre réservé à la MDPH

Date: Secteur Géographique :

Dossier suivi par (réfèrent logistique) :

Vous sollicitez auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) une demande de :

- ☐ Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- ☐ Orientation Professionnelle
- ☐ Allocation Adulte Handicapé (AAH)

Nous vous remercions de bien vouloir transmettre cette fiche de liaison à votre **médecin du travail**. Ce document est indispensable à l'examen de votre demande, afin de permettre une étude pertinente de votre situation et vous apporter des orientations adaptées.

Sans retour de ce formulaire dans un délai de 8 semaines, votre demande sera présentée à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) pour une décision au regard des seuls éléments dont nous disposerons.

FICHE DE LIAISON A L'ATTENTION DU MEDECIN DU TRAVAIL

A - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

B - PRECISIONS SUR LE POSTE OCCUPE

Employeur:

Fonction de la personne dans l'entreprise:

Type de contrat:

Ancienneté dans le poste :

Temps de travail adapté à la situation médicale du salarié : ☐ Oui ☐ Non

Quotité horaire effectuée :h/semaine

Tâches effectuées :

- -
- -

Le dernier avis d'aptitude à ce poste (avec les éventuels aménagements ou restrictions formulés) :

.....
.....



mdph59

maison départementale
des personnes handicapées du Nord

COMPLEMENT D'INFORMATIONS AU FORMULAIRE DE DEMANDE(S) MDPH

FICHE DE LIAISON MDPH - SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

C - PRECISIONS SUR LA SITUATION ACTUELLE DE LA PERSONNE

Inaptitude envisagée sur le poste de travail : ☐ oui ☐ non

Maintien éventuel dans l'entreprise :

➡ Sur le même poste de travail:

- Avec aménagement ☐ oui ☐ non
- Formation nécessaire ☐ oui ☐ non

➡ Sur un autre poste de travail dans l'entreprise (reclassement):

- Avec aménagement ☐ oui ☐ non
- Formation nécessaire ☐ oui ☐ non

Difficultés éventuelles de maintien dans l'entreprise :

➡ Projet de reconversion professionnelle ☐ oui ☐ non

Si oui, démarches professionnelles envisagées, précisez (bilan de compétences, formation professionnelle de droit commun, création d'activité, reclassement externe, inscription à France travail,...) :

.....
.....

Autres démarches envisagées : ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez (Pension d'invalidité 2nd catégorie, cessation d'activité, étude des droits à la retraite,...) :

.....

D - AVIS SUR LA PERTINENCE DES DEMANDES

➡ RQTH

➡ Orientation Professionnelle

➡ AAH

Procédure accélérée sollicitée ☐ oui ☐ non

Date :

Cachet et signature du Médecin du Travail :