



**Procédure accélérée de demande d'une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)
favorisant le maintien dans l'emploi
FICHE MEDICALE à remplir par le Médecin du Travail**

Nom et Prénom du salarié: Nom de naissance
Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Nom et adresse de l'entreprise :

Date d'embauche dans l'entreprise :/...../..... Poste actuel occupé depuis le :/...../.....

Fonction et description précise du poste de travail :
.....
.....
.....

La personne est-elle en arrêt de travail ? **Oui** **Non** si oui depuis quelle date ?/...../.....
Une visite de pré-reprise a-t-elle eu lieu / est-elle prévue ? **Oui** **Non** Date de la visite/...../.....

Nature du handicap

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle et cognitive | <input type="checkbox"/> Déficience auditive |
| <input type="checkbox"/> Déficience du langage et de la parole | <input type="checkbox"/> Déficience viscérale |
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle | <input type="checkbox"/> Déficience du psychisme |
| <input type="checkbox"/> Déficience motrice | <input type="checkbox"/> Autre déficience |

**NB : Si vous estimez nécessaire de fournir des informations supplémentaires,
merci de le faire sous pli cacheté, à joindre à la présente fiche**

Retentissement(s) éventuel(s) du handicap sur l'aptitude au poste de travail actuel (aménagement de poste, horaires particuliers, difficultés de déplacement, absentéisme, etc...) :
.....
.....
.....
.....
.....

Un avis d'aptitude avec restriction ou aménagement est-il prononcé ou envisagé ? **Oui** **Non**
Un avis d'inaptitude est-il envisagé ? **Oui** **Non** si oui à quelle date ?/...../.....
Un avis d'inaptitude est-il prononcé ? **Oui** **Non** si oui à quelle date ?/...../.....
Un reclassement interne est-il envisageable ? **Oui** **Non**
Un risque de licenciement existe-t-il ? **Oui** **Non** si oui à quelle date ?/...../.....

Fait à Le
Nom et adresse du Médecin du travail
Signature(Cachet)