



**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
- Intervention envisagée du SAMETH  oui  non
- Formation nécessaire  oui  non

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

- Avec aménagement  oui  non
- Intervention envisagée du SAMETH  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 au Pôle Emploi, ...*) :

.....  
.....

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 :