

RECONNAISSANCE DE LA LOURDEUR DU HANDICAP

AVIS CIRCONSTANCIE DU  
MEDECIN DU TRAVAIL

Nom et Prénom du salarié : .....

Entreprise : .....

► **concernant l'(les) aménagement(s) réalisé(s) ou prévu(s) en vue d'optimiser le poste de travail :**

► **concernant la lourdeur du handicap au regard du poste de travail :**

(ex. : besoins en tutorat, rythme, fatigabilité, ....)

Fait à

le

Nom du Médecin du Travail :

Signature :