

DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE LA LOURDEUR DU HANDICAP

Avis circonstancié du médecin du travail

Entreprise
(raison sociale, adresse)

Salarié

Emploi occupé

Médecin du travail
Nom + N°de téléphone

Service de santé
au travail

Date visite médicale

Date d'étude de poste

Description du poste

Restriction(s) éventuelle(s) d'aptitude au poste de travail

Préconisations d'aménagement optimal du poste de travail (matériel, organisationnel, horaires, ...)

Proposées par le médecin du travail

Réalisées

détail des préconisations

en date du

non

oui

en date du

détail des préconisations	en date du	non	oui	en date du

Observations et avis du médecin du travail

--

Fait à _____, le _____

Signature du médecin du travail