



L'agent a-t-il : (si vous ne savez pas, vous pouvez lui poser la question)

- une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé ?  Oui  Non  En cours
- une pension d'invalidité ?  Oui  Non  En cours
- une carte d'invalidité ?  Oui  Non  En cours
- une incapacité permanente au moins égale à 10 % suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle ?  Oui  Non
- une allocation aux adultes handicapés ?  Oui  Non  En cours
- une pension militaire ?  Oui  Non

**Il appartient à la collectivité de faire les démarches de reclassement, de changement et/ou d'aménagement de poste pour l'agent.**

La collectivité a-t-elle une solution de reclassement ou de changement de poste à proposer ?  Oui  Non

Si oui : - Quel est le poste ? .....

- Remplir le tableau suivant : (et joindre la fiche de poste, si possible)

Activités et conditions d'exercice du nouveau poste proposé par la collectivité suite à la demande de reclassement, de changement de poste					
Environnement		Contraintes physiques		Autres contraintes	
Travail seul	Oui – Non	Port de charges	Oui – Non	Travail sur écran	Oui – Non
Travail sur machines	Oui – Non	Station debout permanente	Oui – Non	Travail au téléphone	Oui – Non
Contact public	Oui – Non	Station assise	Oui – Non	Relation Clientèle	Oui – Non
Travail à l'intérieur	Oui – Non	Sollicitation membres :		Escaliers	Oui – Non
Travail à l'extérieur	Oui – Non	Inférieurs	Oui – Non	Travail à genoux	Oui – Non
Travail en hauteur	Oui – Non	Supérieurs	Oui – Non	Travail à contorsion	Oui – Non
Ambiance bruyante	Oui – Non	Visuelle	Oui – Non	Toxiques respiratoires	
Ambiance chaude/froide	Oui – Non	Auditive	Oui – Non	ou cutanés	Oui – Non
		Accessibilité fauteuil	Oui – Non	Organisationnelle	Oui – Non
<b>Précisions complémentaires à apporter par la collectivité.</b> (ex : travail de nuit, horaires décalés, autres contraintes non listées...)					

**Quelle est l'aide précisément attendue par la Collectivité, de la part de la cellule Aménagement-Reclassement ?**

(Expliquer en quelques mots si la collectivité souhaite une aide technique, humaine, un bilan de compétence, une formation... et les raisons qui motivent cette demande précise.)

Fait à :

Le :

Signature :

## COMPTE-RENDU DU MEDECIN DU TRAVAIL SUITE A LA VISITE MEDICALE

Nom de l'agent :

Collectivité :

	<b>Symptômes physiques ou psychologiques détectés et leur évolution.</b>
	<b>Restrictions</b>
	<b>Attentes du médecin de prévention de la part de la cellule Aménagement-Reclassement (aide technique, étude de poste etc...) en lien avec les restrictions</b>

Nom du médecin :

Fait à :

Le :

Signature :