

**FICHE DE PRESCRIPTION D'UNE ETUDE PREALABLE A L'AMENAGEMENT /
ADAPTATION DE SITUATION DE TRAVAIL**
Juin 2018

I – PRESCRIPTEUR

Nom de l'organisme :

Adresse complète :

Tél : Courriel :

Organisme de Placement Spécialisé :

Centre de Gestion :

Délégation Régionale Agefiph :Sélectionner

Nom/prénom du référent de la situation :

Tél (ligne directe) : Courriel :

II – ETABLISSEMENT CONCERNE

Cet établissement relève du : (cocher les cases concernées)

Secteur privé

Secteur public (préciser : Fonction publique d'Etat Hospitalière Territoriale)

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél : Courriel :

Siret : Code NAF : libellé du secteur d'activité :

Nombre de salariés (ETP) :

Etablissement couvert par un accord agréé ? oui non

Taux d'emploi de l'établissement : % (si < 20 salariés, Nb de BOE / Nb d'ETP)

Autonomie de gestion de l'établissement : oui non

Si non autonome, préciser le siret de rattachement :

Etablissement sous convention avec l'Agefiph / le FIPHFP ? oui non

Si différentes, coordonnées exactes du lieu d'intervention :

Personne à contacter au sein de l'entreprise dans le cadre de la réalisation de l'étude :

Nom Prénom :

Fonction :

Tél : Mail :

III – PERSONNE CONCERNEE

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse complète :

Poste occupé :

(a minima un des champs contact obligatoire) :Tél : Courriel :

Bénéficiaire de l'obligation d'emploi : pour rappel les entreprises sous accord agréé ne sont pas éligibles, à l'exception de celles ayant atteint ou dépassé le taux d'emploi de 6%

- Bénéficiaires de l'article L 5212-13 du Code du Travail
- Salariés déclarés inaptes à leur poste, ou présentant des restrictions d'aptitudes importantes constatées par le médecin du travail, et qui ont nécessairement déposé une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.....
- Travailleurs indépendants, artisans, exploitants agricoles et chefs d'entreprises non-salariés, bénéficiaires de l'article L 5212-13 du code du travail
- Bénéficiaires du secteur public cités dans l'article L. 323-5 maintenu et L. 5212
- Agents du secteur public reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions.....

Nature du handicap principal :

- Déficiência motrice
- Maladie invalidante.....
- Déficiência visuelle.....
- Déficiência auditive
- Handicap mental
- Handicap psychique
- Multi-handicaps

Niveau de formation :

- Niveau VI (sans formation)
- Niveau V bis (3ème)
- Niveau V (BEP, CAP)
- Niveau IV (Bac).....
- Niveau III (Bac + 2)
- Niveau I à II (Bac + 3 et plus).....

Situation professionnelle :

- Salarié
- Travailleur indépendant.....
- Stagiaire de la formation professionnelle
- En scolarité post-bac.....
- Sortant d'un établissement de secteur adapté/protégé
- Demandeur d'emploi depuis moins d'1 an
- Demandeur d'emploi depuis 1 à 2 ans.....
- Demandeur d'emploi de plus de 2 ans
- Stagiaire de CRP CRF
- Sortant de CRP
- Stagiaire de la fonction publique

Niveau de qualification :

- Manœuvre.....
- Ouvrier non qualifié.....
- Agent de maîtrise, technicien.....
- Employé non qualifié.....
- Employé qualifié.....
- Cadre
- Travailleur non salarié.....

Type de contrat :

- CDD de moins de 6 mois
- CDD de 6 à moins de 12 mois
- CDD de 12 mois et plus
- CDI
- Contrat de professionnalisation
- Contrat d'apprentissage
- CUI-CAE
- CUI-CIE

Durée du contrat :

- Temps plein
- Temps partiel

Situation au moment de la demande :

- En emploi
- En arrêt de travail

Bénéficiaire de minima sociaux : Non / Oui (préciser) :

IV – MEDECIN DE SANTE AU TRAVAIL

Organisme :

Adresse complète :

Tél : Courriel :

Avis du médecin du travail sur le projet et notamment sur le besoin de l'EPAAST :

Type de visite pour le dernier examen :

Date :

Avis prononcé précisant les restrictions d'aptitude et contre-indications médicales par rapport au poste :

V – PRESCRIPTION

La prestation est-elle mobilisée dans le cadre de l'emploi accompagné ? Oui Non

La prestation est-elle mobilisée dans le cadre : De l'insertion / Du maintien

Présentation de l'employeur :

Présentation de la zone de travail à étudier, préciser notamment si des pistes de solutions sont envisagées (cf. propositions du médecin du travail) :

Objectifs de l'étude :

Projets de développement ou de réorganisation qui pourraient impacter la problématique le cas échéant :

Éléments de contexte particuliers :

Description du projet de maintien ou d'insertion :

Éléments relatifs à la complexité de la situation amenant le prescripteur à considérer nécessaire la mobilisation d'une étude préalable à l'aménagement/adaptation d'une situation de travail :

Nombre de demi-journées estimé par le prescripteur :

La prestation EPAAST dont vous bénéficiez est entièrement financée par l'Agefiph si vous êtes un employeur privé ou le FIPHFP si vous êtes un employeur public.

L'employeur bénéficiaire de la prestation, certifié sur l'honneur, avoir informé le salarié concerné du démarrage de cette prestation.

À le

Date et Signature du représentant
légal de l'établissement :

Date et Signature du prescripteur :

Date de l'envoi au prestataire :

VI – VALIDATION AGEFIPH OUI NON

Modification du nombre de demi-journées :

NON OUI nombre de demi-journées

Date :

Nom et signature du valideur Agefiph :

Orientation vers :

VII – MOBILISATION DU PRESTATAIRE PAR LE PRESCRIPTEUR

Date de prescription (envoi de la fiche au prestataire) :