|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date**: | **Emetteur / Structure :**  **Fiche de liaison**  **- Personnes -**  Nom / fonction :  Mail :  Téléphone : | **Destinataire :**  Service maintien |
| **Origine de la demande** (si différent émetteur) : | | |
| **Nom et Prénom de la personne concernée :**  Date de naissance : N° de sécurité sociale :  Adresse : Code postal : Ville :  🕿 fixe :🕿 portable : 🖳 Mail : | | |
| **Bénéficiaire de la loi de février 2005**  RQTH : oui non  Demande en cours  IPP≥10%  invalidité sécurité sociale  AAH  Autre, précisez : | | |
| **Situation de la personne concernée**  Demandeur d’emploi inscrit à Pôle emploi Identifiant Pôle Emploi :  En poste  En arrêt de travail, depuis le :  Poste occupé : Date d’embauche :  Type de contrat de travail :  CDI  CDD date de début : date de fin :  Intérimaire, date de début : date de fin : | | |
| **Raison sociale de l’Employeur :**  Adresse : Code postal : Ville :  🕿 fixe : 🖳 Mail :  N° SIRET : Code Naf : Effectif :  Type d’employeur :  Secteur privé  Secteur public  TNS (Travailleur Non Salarié)  Nom de la personne à contacter : Fonction :  🕿 fixe : 🕿 portable : 🖳 Mail :  L’employeur est-il prévenu de la démarche :  Oui  Non | | |
| Nom du service de santé au travail : Nom du médecin : | | |
| **Cadre réservé au médecin du travail/de prévention ou à l’infirmier en santé au travail**  Recherche de solutions dans l’entreprise :  oui  non  Préciser les restrictions/limitation d’aptitudes médicales :  Je souhaite être présent au 1er rendez-vous dans l’entreprise : Oui  Non  Si oui, engagement d’être disponible sous 30 jours à réception de cette fiche | | |

|  |
| --- |
| **CONTEXTE ET OBJET DE LA DEMANDE**  Contexte dans l’entreprise, actions déjà menées, nature de la demande… |
|  |
| **REPONSE DU DESTINATAIRE** |
|  |