|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 [ ]  nonPréciser les restrictions/limitation d’aptitudes médicales :Je souhaite être présent au 1er rendez-vous dans l’entreprise : [ ] Oui [ ]  NonSi 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** |
|  |