



**Procédure accélérée de demande d'une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)  
favorisant le maintien dans l'emploi  
FICHE MEDICALE à remplir par le Médecin du Travail**

Nom et Prénom du salarié: ..... Nom de naissance .....  
Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

Nom et adresse de l'entreprise : .....

Date d'embauche dans l'entreprise : ...../...../..... Poste actuel occupé depuis le : ...../...../.....

Fonction et description précise du poste de travail :  
.....  
.....  
.....

La personne est-elle en arrêt de travail ? **Oui**  **Non**  si oui depuis quelle date ? ...../...../.....  
Une visite de pré-reprise a-t-elle eu lieu / est-elle prévue ? **Oui**  **Non**  Date de la visite ...../...../.....

Nature du handicap

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle et cognitive | <input type="checkbox"/> Déficience auditive     |
| <input type="checkbox"/> Déficience du langage et de la parole  | <input type="checkbox"/> Déficience viscérale    |
| <input type="checkbox"/> Déficience visuelle                    | <input type="checkbox"/> Déficience du psychisme |
| <input type="checkbox"/> Déficience motrice                     | <input type="checkbox"/> Autre déficience        |

**NB : Si vous estimez nécessaire de fournir des informations supplémentaires,  
merci de le faire sous pli cacheté, à joindre à la présente fiche**

Retentissement(s) éventuel(s) du handicap sur l'aptitude au poste de travail actuel (aménagement de poste, horaires particuliers, difficultés de déplacement, absentéisme, etc...) :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Un avis d'aptitude avec restriction ou aménagement est-il prononcé ou envisagé ? **Oui**  **Non**   
Un avis d'inaptitude est-il envisagé ? **Oui**  **Non**  si oui à quelle date ? ...../...../.....  
Un avis d'inaptitude est-il prononcé ? **Oui**  **Non**  si oui à quelle date ? ...../...../.....  
Un reclassement interne est-il envisageable ? **Oui**  **Non**   
Un risque de licenciement existe-t-il ? **Oui**  **Non**  si oui à quelle date ? ...../...../.....

Fait à ..... Le .....  
Nom et adresse du Médecin du travail  
Signature(Cachet)