

**CERTIFICAT MEDICAL DE LIAISON
ENTRE LE MEDECIN DU TRAVAIL
ET LE MEDECIN DE LA M.D.A.**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

TRAVAILLEUR HANDICAPE

Est considéré comme travailleur handicapé " *Toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique* ", selon l'article L 323-10 du Code du Travail.

L'intéressé demandant une **Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)** et/ou une **Orientation Professionnelle (ORP)**, doit constituer un dossier auprès de la MDA (**Maison Départementale de l'Autonomie**).

Il s'agit d'aider le médecin évaluateur de la MDA à faire une proposition à la **Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)**.

Ce certificat médical sera donc placé par vos soins sous pli portant la mention : " CONFIDENTIEL – SECRET MEDICAL ", confié au demandeur et adressé par lui à la M.D.A.

Merci

Le Docteur :

Médecin du travail de :

Déclare avoir examiné M. ou Mme :

Employé de :

En qualité de : Depuis le :

Et fait les constatations suivantes

1 / État pathologique, évolutif ou séquelles, retentissant sur l'aptitude au travail :

.....
.....
.....
.....

2 / Description du poste et contraintes particulières liées aux conditions de travail, compte tenu du handicap :

.....
.....
.....
.....

3 / Avis sur la restriction d'aptitude au poste de travail résultant du handicap :

.....
.....
.....
.....

4 / Avis sur un aménagement de poste : L'avez-vous proposé ? Quelle réponse ?

.....
.....
.....

5 / Avis quant à l'aptitude à exercer un autre emploi (Reclassement interne, Reconversion)

.....
.....

6 / Avez-vous effectué un signalement auprès d'un organisme d'accompagnement ?

Si oui, Lequel ? :

Date et Signature

Tampon du Service Médical