



MERCI DE COMPLETER CE DOCUMENT SI VOUS FAITES UNE DEMANDE DE **RTH**, **ORIENTATION PROFESSIONNELLE** OU première demande **AAH**.  
CES ELEMENTS NOUS PERMETTRONS DE MIEUX TRAITER VOTRE DEMANDE ET DE GAGNER DU TEMPS.  
MERCI  
VOTRE DOSSIER SERA DECLARE COMPLET MEME SANS CETTE FICHE, MAIS L'INSTRUCTION RISQUE D'ETRE PLUS LONGUE.

## FICHE D'INFORMATION PROFESSIONNELLE A remplir si vous êtes en EMPLOI

Salarié(e)       Travailleur Indépendant, précisez \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### VOTRE EMPLOYEUR ACTUEL :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL :

CDI       CDD       INTERIM       APPRENTISSAGE  
 Entreprise Adaptée (ex AP)       ESAT (ex CAT)  
 Autre précisez : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_

Temps de travail :  temps plein       temps partiel, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Intitulé du poste de travail : \_\_\_\_\_

### VOTRE SITUATION ACTUELLE :

En activité       En arrêt depuis le : \_\_\_\_\_  
Et date éventuelle de reprise : \_\_\_\_\_

Motif de l'arrêt :  Accident du Travail       Maladie professionnelle       Arrêt maladie  
 Autres motifs (congé maternité, disponibilité,.....), précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Percevez-vous une :  Rente accident du travail (RAT)  
 Rente maladie professionnelle (RMP)  
 Pension d'invalidité (PI) Catégorie  1       2       3  
depuis le \_\_\_\_\_

**VOTRE SITUATION DANS L'EMPLOI :**

Avez-vous des difficultés à votre poste de travail en lien avec votre handicap ?

non       oui, précisez : \_\_\_\_\_

Dernière visite médicale auprès du médecin du travail en date du : \_\_\_\_\_

Et avis émis :  apte       inapte

restrictions d'aptitudes médicales, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aménagement de votre poste de travail :

- Réalisé
- Envisagé par le médecin du travail
- Souhaité par vous même

Maintien dans votre entreprise à un autre poste de travail dont l'intitulé est : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sans aménagement

Avec aménagements (techniques, horaires, temps de travail, formation,...), lesquels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Etes-vous aidé par un (des) partenaire(s) extérieur(s) à l'entreprise pour votre maintien dans l'emploi ?

SAMETH (Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés) :

oui  non

Service social (CRAM, MSA ou entreprise), précisez \_\_\_\_\_

oui  non

Autre, précisez \_\_\_\_\_

Licenciement envisagé pour motif :

économique       inaptitude médicale

autre, précisez : \_\_\_\_\_

et à quelle date : \_\_\_\_\_

**Envisagez-vous un autre projet professionnel ? Si oui, lequel :**

Fait à : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature :