FORMULAIRE DE DEMANDE
D'AMENAGEMENT DU POSTE DE TRAVAIL
ET AIDE AUX CONDITIONS DE VIE

☞ *à adresser au :*
***Médecin du travail**,*
21, rue Saint Etienne
45043 Orléans cedex 1

02 38 79 46 70
santetravail@ac-orleans-tours.fr

NOM – Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Téléphone :

Courrier électronique :

Fonction exercée :

Lieu d'affectation :

Lieu, adresse et n° de téléphone du lieu d'exercice

Diplôme :
- aucun ☐
- BEPC ☐
- Bac ou Brevet professionnel ☐
- supérieur ☐

Grade :

Statut :
- contractuel ☐
- titulaire ☐
  - de catégorie A ☐
  - de catégorie B ☐
  - de catégorie C ☐

Descriptif du ou des aides techniques sollicitées
dans le cadre de l'adaptation du poste de travail

Un entretien avec le médecin du travail pourra vous être proposé

Bénéficiaires de l'obligation d'emploi ***(joindre obligatoirement les justificatifs)***

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ☐
- Carte d'invalidité ☐
- Allocation adulte handicapé ☐
- ATI ☐
- Rente accident du travail supérieur à 10% ☐
- Pension militaire d'invalidité ☐

Type de handicap (à préciser) : ----------

Etes-vous bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap délivrée par la MDPH?

- oui ☐ (joindre le justificatif du montant de la prestation)
- non ☐ (joindre la notification du refus)

Date :

Signature :

Avis du supérieur hiérarchique (Chef d'établissement, IEN, chef de service),
s'il ne s'agit pas de prothèses auditives

Tout dossier incomplet ne pourra être traité