# I – ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

Pour remplir le document cliquer sur « Affichage » et « Modifier le document »

Siret : Cliquez ici pour entrer les 14 chiffres.

Raison sociale : Cliquez ici pour entrer le texte.

Adresse complète : Cliquez ici pour entrer le texte.

Code postal : Cliquez ici pour entrer la valeur numérique. Commune : Cliquez ici pour entrer le texte.

Code NAF : Cliquez ici pour entrer le texte.

Effectif d’assujettissement : Nombre de salariés en ETP.

Taux d’emploi des personnes handicapées (en pourcentage) : Formule : (Nombre de BOE / Nombre d’ETP) x 100. %

Accord agréé en faveur de l’emploi des TH  :  Oui  Non

*Sont éligibles les entreprises sous accord agréé en faveur de l’emploi des TH ayant atteint ou dépassé le taux d’emploi de 6% et après mobilisation des mesures de l’accord (justificatif à fournir à la fiche de prescription).*

L’établissement est-il autonome ?  Oui  Non

*Si non autonome, préciser le siret de rattachement :* Cliquez ici pour entrer les 14 chiffres.

Secteur :  Public  Privé

## Contact de l’entreprise dans le cadre de la réalisation de l’étude ergonomique

Adresse exacte du lieu d’intervention *(si différente de l’adresse mentionnée ci-dessus)*:

Cliquez ici pour entrer l’adresse complète.

Nom du contact principal : Cliquez ici pour entrer le texte.

Fonction : Cliquez ici pour entrer le texte.

Téléphone du contact principal : Cliquez ici pour entrer la valeur numérique.

Mail du contact principal : Cliquez ici pour entrer le texte.

|  |  |
| --- | --- |
| Autres contacts Nom du contact : Cliquez ici pour entrer le texte.  Fonction : Cliquez ici pour entrer le texte.  Téléphone du contact : Cliquez ici pour entrer le texte.  Mail du contact : Cliquez ici pour entrer le texte. | Autres contacts Nom du contact Cliquez ici pour entrer le texte.  Fonction : Cliquez ici pour entrer le texte.  Téléphone du contact : Cliquez ici pour entrer le texte.  Mail du contact : Cliquez ici pour entrer le texte. |

# II – PERSONNE PHYSIQUE CONCERNEE

Nom de naissance : Cliquez ici pour entrer le texte. Prénom : Cliquez ici pour entrer le texte.

Date de naissance : Cliquez ici pour sélectionner une date. Civilité :  Monsieur  Madame

L’adresse du bénéficiaire est-elle en France ?  Oui  Non Si non, indiquer le pays :  Cliquez ici pour sélectionner un pays.

Adresse complète : Cliquez ici pour entrer le texte.

Mail (obligatoire)\* : Cliquez ici pour entrer le texte.

Téléphone (obligatoire)\* : Cliquez ici pour entrer la valeur numérique.

*\* A minima un des champs contact obligatoire*

## Activité/Statut de la personne à l’entrée :

Salarié\*\*\* **|** Choisir le type de contrat :

CDD – contrat à durée déterminée\*

Contrat d’apprentissage (alternance) \*

Contrat de professionnalisation (alternance) \*

CDI – Contrat à durée indéterminée

Intérimaire (mission d’intérim)

Autre

CDDT

Contrat de mission en EATT

**|**Choisir la catégorie employeur :

Particulier (indiquer le code Urssaf employeur : Cliquez ici pour entrer la valeur numérique.)

Entreprise (indiquer le siret employeur : Cliquez ici pour entrer les 14 chiffres.)

Travailleur non salarié\*

Fonctionnaire/ Agent de la fonction publique\*\*

**|** Type de Fonction publique : D’Etat  Hospitalière  Territoriale

Contractuel de droit public\*\*\*

Personne en contrat de sécurisation professionnelle\*

Intermittent du spectacle\*

Personne en recherche d’emploi inscrite sur liste Pôle Emploi\*

Personne en recherche d’emploi non inscrite sur liste Pôle Emploi\*

**\*** Durée de la situation professionnelle sélectionnée :

Depuis moins d’un an

Depuis un an à moins de deux ans

Depuis deux ans et plus

Non connue

**\*** Durée du temps de travail :

Temps plein  Temps partiel  Temps partiel thérapeutique  Non connu

**\*** Catégories socio-professionnelles :

Ouvrier  Employé qualifié  Employé non qualifié

Agriculteur exploitant  Artisans, commerçants, chefs d’entreprise

Professions intermédiaires

Cadres et professions intellectuelles supérieures

## Le bénéficiaire est-il en arrêt de travail/arrêt maladie ?

Oui  Non

## Titre de BOE

RQTH

Uniquement titulaire de l’AAH

Uniquement titulaire de la Carte d’invalidité

Titulaire d'une pension d'invalidité, d’une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle

Autre catégorie (pensionné de guerre, mutilé de guerre et assimilés…)

En attente de reconnaissance

Notification CDAPH (ex CEDS uniquement pour les cas d'un contrat en alternance)

Agent classé ou assimilé

Titulaire d’un emploi réservé

Bénéficiaire d’une allocation temporaire d’invalidité

Agent inapte (Bénéficiaires du secteur public visés par le décret 2006-501 du 03 mai 2006 relatif au FIPHFP)

## Nature du handicap principal

Handicap moteur  Handicap visuel  Handicap auditif

Handicap mental  Troubles cognitifs  Handicap psychique

Poly handicap  Maladie invalidante

## Bénéficiaire des minimas sociaux

RSA  API  AAH  ASI  ASS  ASV  AV

RSO  Non bénéficiaire des minima sociaux  Non précisé

## Niveau de formation

NIVEAU 1 (sans diplôme spécifique)

NIVEAU 2 (sans diplôme ou Diplôme National du Brevet)

NIVEAU 3 (CAP, BEP…)  NIVEAU 4 (BP, BT, bac prof ou techno)

NIVEAU 5 (BTS, DUT…)  NIVEAU 6 (Licence, Master 1)

NIVEAU 7 (Grade Master)  NIVEAU 8 (Doctorat, etc…)

## Bénéficiaire d’une politique Publique Nationale

Contrat aidé  IAE  Garantie jeune  PIC EA

Plateformes de suivi et d’appui aux décrocheurs  Non

# III – SERVICE DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL

## Coordonnées

Organisme : Cliquez ici pour entrer le nom de l’organisme. Nom du médecin du travail : Cliquez ici pour entrer le texte.

Adresse complète : Cliquez ici pour entrer l’adresse complète. Tél. Médecin du travail  : Cliquez ici pour entrer la valeur numérique.

Tél. Organisme : Cliquez ici pour entrer la valeur numérique. Courriel Médecin : Cliquez ici pour entrer le texte.

Courriel Organisme : Cliquez ici pour entrer le texte.

# IV – PRESCRIPTION

Date de la prescription : Cliquez ici pour sélectionner la date d’envoi de la fiche de prescription au prestataire.

## Cette prestation est mobilisée dans le cadre de :

Insertion professionnelle  Maintien dans l’emploi  Evolution professionnelle

## Cette prestation est-elle mobilisée dans le cadre du dispositif d’Emploi Accompagné ?

Non  Oui *(Si oui, préciser parmi les 3 choix ci-dessous :)*

*Evaluation préliminaire*  *Accompagnement de la personne*  *Accompagnement de l’employeur*

## Type de prescripteur

Pôle Emploi

Cap Emploi (accompagnement **dans** l’emploi)

Cap Emploi (accompagnement **vers** l’emploi)

Mission locale

CARSAT

MSA

Service de Prévention et de Santé au Travail

Service Autonome de Santé au Travail

Centre de Gestion ayant conventionné avec le FIPHFP

Employeur public ayant conventionné avec le FIPHFP

Directeur Territorial au Handicap du FIPHFP si l'employeur est public

Délégation Régionale Agefiph

Code postal : Cliquez ici pour entrer la valeur numérique.

## Informations relatives au prescripteur

Nom de l’organisme : Cliquez ici pour entrer le texte. Fonction : Cliquez ici pour entrer le texte.

Nom du référent : Cliquez ici pour entrer le texte. Prénom du référent : Cliquez ici pour entrer le texte.

Email du référent : Cliquez ici pour entrer le texte. Téléphone (ligne directe) : Cliquez ici pour entrer la valeur numérique.

# V – PRESENTATION DE LA SITUATION

## Présentation de l’employeur

Taille de l’entreprise, secteur d’activité, implantation géographique, Mission Handicap, présence d’un accord agréé (joindre le justificatif de l’atteinte du taux de 6% au niveau du périmètre de l’accord le cas échéant)…

## Présentation du poste de travail concerné par l’étude

Présentation du poste concerné par l’étude ergonomique (libellé du poste concerné, lieu d’intervention…), son environnement et les éléments de contexte à prendre en compte le cas échéant.

## Description de la situation

Est-ce le bon moment pour mobiliser l’étude ? (Anticipation sur les périodes d’absence prévisibles et les évènement susceptibles de faire évoluer les restrictions médicales de la personne et les impacts sur son poste de travail). Si la personne est en arrêt de travail/arrêt maladie, quelles sont les conditions de mobilisation et les perspectives de reprise ? Si reconversion interne, préciser le poste précédent. Eviter des données personnelles ainsi que les données relatives à la santé de la personne concernée.

## Avis du médecin du travail précisant les restrictions d’aptitude et les restrictions médicales par rapport au poste occupé et préconisant la nécessité d’une étude ergonomique

Cliquez ici pour entrer le texte. Eviter des données personnelles ainsi que les données relatives à la santé de la personne concernée.

## Informations relatives à la complexité de la situation amenant le prescripteur à mobiliser une étude ergonomique *(Cf. Document « Etudes Ergonomies |Fiche synthétique notions de complexité »)*

Quelles interventions ont été mobilisées en amont de la présente étude ? Pourquoi les acteurs du parcours ne sont pas parvenus à identifier une solution d’aménagement ? Eviter des données personnelles ainsi que les données relatives à la santé de la personne concernée.

*L’étude ergonomique dont vous bénéficierez sera entièrement financée par l’Agefiph si vous êtes un employeur privé ou le FIPHFP si vous êtes un employeur public. Vous certifiez sur l’honneur, avoir informé le salarié concerné du démarrage de cette prestation.*

**À** Cliquez ici pour entrer le texte. **Le**  Cliquez ici pour sélectionner une date.

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature du représentant légal de l’établissement** | **Signature du prescripteur** |

# VI – PRESTATAIRE

## Numéro de lot interne : Cliquez ici pour renseigner le n° du lot.

## Nombre de demi-journées estimé par le prestataire : Cliquez ici pour entrer la valeur numérique.

## Argumentaire expliquant le nombre de ½ journées estimé pour la réalisation de l’étude ergonomique

Cliquer ici pour entrer le texte.