

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

(Les frais de transport restent à votre charge)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Dossier classothèque N° : .....

**TRAVAILLEUR HANDICAPE**

Est considérée 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 M.D.A. (Maison départementale de l'autonomie).

Il s'agit d'aider le médecin du travail de la M.D.A. 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 : .....  
Depuis le : ..... / ..... / .....  
En qualité de : .....  
Et fait les constatations suivantes :

**1) ETAT 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 AMENAGEMENT DE POSTE. L'avez-vous proposé ? Quelle réponse ? :**

.....  
.....

Envisagez-vous de saisir la C.D.M.E. (Cellule Départementale de Maintien dans l'Emploi) ?

Oui  Non

**5) AVIS QUANT A L'APTITUDE A EXERCER UN AUTRE EMPLOI, dans l'entreprise ou non, sans nécessité d'une formation de longue durée (préciser, dans la mesure du possible, le type d'emploi que pourrait assumer l'intéressé) :**

.....  
.....

Date et signature :  
Tampon du Service Médical :