

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 ☐

Un entretien avec le médecin du travail pourra vous être proposé

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary-ruled notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings present.

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 :

Tout dossier incomplet ne pourra être traité