

Le service Maintien du Cap emploi 44 intervient lorsqu'il y a un risque de rupture professionnelle du fait de l'état de santé ou du handicap d'une personne exerçant une activité professionnelle. Ce risque doit être constaté par le service de santé au travail, en amont d'une intervention de notre service. L'intervention se fait uniquement dans le cadre d'une situation individuelle pour une personne en arrêt de travail ou en poste.

Les cases en rouge sont à remplir obligatoirement.

▶ LA DEMANDE

Date : **Qui est à l'origine de la demande ?**

Si autre, précisez :

Objet : Vous avez un projet de reconversion professionnelle ? Remplissez la fiche « CEP » ou contactez-nous à cepsalarie@capemploi44.fr

Précisez votre demande : l'élément déclencheur, les difficultés rencontrées, les solutions envisagées, les attentes vis à vis de l'intervention de Cap emploi 44, les personnes informées de la saisie du service maintien...

▶ IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Nom / Prénom :

Né(e) le : Nom de naissance :

Adresse : CP / Ville :

N° de téléphone : E-mail :

N° de Sécurité sociale :

Situation par rapport à l'emploi

Poste occupé :

Contrat de travail : depuis le : (Si CDD/Intérim) Jusqu'au :

Rythme de travail : Niveau de formation :

Qualification professionnelle /
catégorie de poste occupé :

Situation au moment de la demande :

depuis le :

Situation par rapport au handicap :

Avez-vous été suivi(e) par l'équipe Comète dans l'un des Centres de Rééducation Fonctionnelle : CRF Océanides, CMPR St-Jacques ou CMPR Côte d'Amour ?

Oui Non

Etes-vous bénéficiaire d'un titre du statut de personne handicapée (BOETH) ?

Oui Non Demande en cours

Si oui, précisez :

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR / ORGANISME

Raison sociale :

N° SIRET : _____ Code APE (4 chiffres - 1 lettre) : _____
 Activité : _____ Secteur : _____
 Adresse : _____ CP / Ville : _____
 N° de téléphone : _____
 Effectif dans l'établissement ... des salariés : _____ ... des travailleurs handicapés (BOETH) : _____

Nom / Prénom de la personne à contacter :

Fonction : _____
 N° de téléphone : _____ E-mail : _____

Accord en faveur des personnes handicapées :

Un accord agréé relatif à l'emploi des personnes handicapées (exonérateur de la contribution Agefiph) s'applique-t-il à l'établissement concerné ? Oui Non

Si oui, date de début : _____ date de fin : _____

Si oui, le quota de 6% est-il atteint ? Oui Non

AVIS MÉDICAL SUR LA SITUATION PROFESSIONNELLE

Nom / Prénom du médecin du travail / prévention :

Service de Santé au Travail : _____ Site : _____

N° de téléphone : _____ E-mail : _____

Dernière visite effectuée le : _____ Type de visite : _____

Si autre, précisez : _____

Décision : _____

Origine de la problématique de santé : _____

Restrictions / contre-indications / préconisations :

Le médecin souhaite-t-il être présent au rendez-vous organisé par Cap emploi dans l'entreprise ? Oui Non

**Merci d'envoyer ce formulaire complété et enregistré à :
 maintien@capemploi44.fr**

**Joignez à votre envoi le titre de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi des
 Travailleurs Handicapés et la fiche de poste.**



Retrouvez le
 pôle Maintien
 en vidéo sur
[http://opn.
 to/a/Onl63](http://opn.to/a/Onl63)