

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

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Adresse :** .....

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

**TRAVAILLEUR HANDICAPE**

Est considéré 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 MDA (**Maison Départementale de l'Autonomie**).

Il s'agit d'aider le médecin évaluateur de la MDA 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 : .....

En qualité de : ..... Depuis le :

**Et fait les constatations suivantes**

**1 / État 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 aménagement de poste : L'avez-vous proposé ? Quelle réponse ?**

.....  
.....  
.....

**5 / Avis quant à l'aptitude à exercer un autre emploi (Reclassement interne, Reconversion)**

.....  
.....

**6 / Avez-vous effectué un signalement auprès d'un organisme d'accompagnement ?**

Si oui, Lequel ? : .....

**Date et Signature**

**Tampon du Service Médical**