Formulaire de prescription

Relatif à un service « Etude ergonomique »

A compléter et signer par le prescripteur.

Ce formulaire comporte des données personnelles et doit être sécurisé :

- ➔ **Dans sa transmission par le prescripteur au prestataire**
- ➔ **Dans sa conservation**

Avertissement : Le présent formulaire ne doit contenir **aucune donnée à caractère personnel concernant la santé**[1] **de la personne en situation de handicap** telle que la désignation d'une maladie, la nature d'un handicap, des diagnostics et antécédents médicaux, un traitement médical, le recours à des médecins spécialistes ou encore l'orientation vers une structure de soin spécialisée.

Identification de l'établissement employeur

Siret ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Raison sociale : ☐

Siret du site de rattachement si l'établissement n'est pas autonome : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : ☐

Code NAF : ☐☐☐☐☐☐☐ Effectif d'assujettissement : ☐ Secteur : ◯ Public ◯ Privé

Taux d'emploi de personnes en situation de handicap (en %) : ☐

Cocher la case si l'employeur est une entreprise adaptée (EA) : ☐

Si oui, l'entreprise adaptée doit joindre une attestation sur l'honneur qu'aucune aide de l'Etat ne couvre les coûts qui justifient la sollicitation de l'aide ou du service demandé.

Contact principal de l'entreprise dans le cadre de la réalisation de l'étude ergonomique

Adresse exacte du lieu d'intervention : ☐

Nom du contact : ☐ Fonction : ☐

Téléphone : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ E-mail : ☐

Autres contacts

Nom du contact : ☐ Fonction : ☐

Téléphone : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ E-mail : ☐

Nom du contact : ☐ Fonction : ☐

Téléphone : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ E-mail : ☐

[1] Le règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), entré en application le 25 mai 2018, procède à une définition des données de santé *« l'ensemble des données se rapportant à l'état de santé d'une personne concernée qui révèlent des informations sur l'état de santé physique ou mentale passé, présent ou futur de la personne concernée »*

Identification de la personne en situation de handicap

Civilité * : ◯ Madame ◯ Monsieur Nom de naissance * :

Nom d'usage * : Prénom * :

Date de naissance * : Téléphone :

Adresse mail * :

Code postal * : Ville :

Représentant légal de la personne en situation de handicap

Tuteur / curateur (personne physique, ou interlocuteur principal dans le cas d'une personne morale)

Civilité : ◯ Madame ◯ Monsieur Nom de naissance :

Nom d'usage * : Prénom * :

Adresse mail * :

Téléphone :

Siret de l'organisme : Fonction de l'interlocuteur :

Situation de la personne en situation de handicap

Situation professionnelle lors de la mobilisation du service* :

◯ Salarié ◯ Travailleur non salarié ◯ Personne en contrat de sécurisation professionnelle

◯ Intermittent du spectacle ◯ Travailleur en ESAT ◯ Elève/étudiant (Si stage en entreprise)

◯ Fonctionnaire / Agent public ◯ Contractuel de droit public

◯ En recherche d'emploi inscrit sur la liste France Travail

◯ En recherche d'emploi non-inscrit sur la liste France Travail

Si le bénéficiaire est en recherche d'emploi (inscrit ou non sur la liste FT) préciser depuis quand :

◯ Moins d'un an ◯ Un an à moins de deux ans ◯ Deux ans et plus

Si la personne en situation de handicap est salariée

Type de contrat : ◯ CDD ◯ Mission d'intérim ◯ CDI ◯ Contrat d'apprentissage

◯ Contrat de professionnalisation ◯ CDDT ◯ Contrat de mission en EATT ◯ Autre

Niveau de formation : ◯ Niveau 1 (sans niveau spécifique)

◯ Niveau 2 (sans diplôme ou diplôme national du Brevet) ◯ Niveau 3 (CAP,BEP…)

◯ Niveau 4 (Bac général, professionnel, technique, BP, etc.) ◯ Niveau 5 (BTS, DUT, etc.)

◯ Niveau 6 (licence, master 1) ◯ Niveau 7 (Master, etc.) ◯ Niveau 8 (Doctorat)

Titre de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi * :

- ◯ Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé délivrée par la Cotorep ou la CDAPH
- ◯ Allocation Adulte Handicapé (AAH)
- ◯ Carte mobilité inclusion comportant la mention invalidité ou carte d'invalidité
- ◯ Titulaire d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle
- ◯ En attente de reconnaissance
- ◯ Notification CDAPH (ex CDES uniquement dans le cas d'un contrat en alternance)
- ◯ Autre catégorie (pensionné de guerre, mutilé de guerre et assimilés…)

Pour les bénéficiaires dont la situation professionnelle est "Fonctionnaire / agent public", les choix suivants s'ajoutent à cette liste :

◯ Agent reclassé ou assimilé ◯ Titulaire d'un emploi réservé
◯ Bénéficiaire d'une allocation temporaire d'invalidité ◯ Agent inapte

Service de prévention et de santé au travail

Organisme :

Code postal : Ville :

Téléphone organisme : Mail organisme :

Coordonnées du médecin du travail Nom :

Téléphone : Adresse mail :

Prescripteur de l'étude ergonomique

Type d'organisme * : ◯ France Travail ◯ Cap 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
◯ Employeur privé signataire d'une convention de service avec l'Agefiph
◯ Directeur Territorial au Handicap du FIPHFP si l'employeur est public
◯ Délégation Régionale Agefiph

Nom organisme :

Prescripteur référent (signataire de la prescription) Fonction :

Nom du référent * : Prénom * :

Adresse mail du référent * :

Téléphone (ligne directe) * :

Prescription

Présentation de l'employeur *

➔ *Taille de l'entreprise, secteur d'activité, implantation géographique, Mission Handicap …*

Présentation du poste de travail concerné par l'étude ergonomique

➔ *Libellé du poste concerné, environnement et éléments de contexte à prendre en compte le cas échéant*

Description de la situation[2]

➔ *Quelles interventions ont été mobilisées en amont de la présente étude ?*
➔ *Pourquoi les acteurs du parcours ne sont-ils pas parvenus à identifier une solution d'aménagement ?*
➔ *Anticipation sur les périodes d'absence prévisibles et les événements susceptibles de faire évoluer les restrictions médicales et les impacts sur le poste de travail de la personne*
➔ *Si la personne est en arrêt de travail, quelles sont les conditions de mobilisation et les perspectives de reprise ?*
➔ *Si reconversion interne, préciser le poste précédent.*
➔ *Ne pas mentionner des données personnelles ou relatives à la santé de la personne concernée.*

[2] Les besoins et/ou attentes particulières feront l'objet d'un échange oral entre le prescripteur et le prestataire. L'étude ergonomique sera entièrement financée par l'Agefiph (pour un employeur privé) ou par le FIPHFP (pour un employeur public).

Restrictions d'aptitude

- *Préciser les restrictions d'aptitude par rapport au poste occupé qui justifient la nécessité d'une étude ergonomique notamment sur la base des échanges avec les services de santé au travail*
- *Ne pas mentionner des données personnelles ou relatives à la santé de la personne concernée.*

Validation et signature du prescripteur

Le prescripteur donne son accord pour la prestation prescrite et la démarche proposée.

Date de validation * :

Signature du prescripteur

A compléter par le prestataire avant téléchargement dans l'extranet Agefiph

Nom de la structure du prestataire *

Nom du référent du service d'étude ergonomique * :

Prénom :

Numéro de lot interne :

Nombre de demi-journées estimé pour la réalisation de l'étude :

Argumentaire

- *Expliquant le nombre de demi-journées estimé pour la réalisation de l'étude ergonomique*

Adresse mail du référent :

Téléphone :