**DEMANDE D’AMENAGEMENT POUR RAISONS DE SANTE**

**Coordonnées**

|  |
| --- |
| Nom, Prénom : Etablissement : Corps : Téléphone : Mail :  |

**Aménagements dont vous bénéficiez actuellement ou avez déjà bénéficié**

|  |
| --- |
| [ ]  Prothèses auditives[ ] Adaptation du poste de travail (mobilier, matériel informatique, …) *Précisez :* [ ] Aide aux déplacements (adaptation du véhicule, taxi, …) [ ] Assistance humaine[ ] Formation *Précisez :*  [ ] Aménagement du temps de travail *Précisez :*[ ] Priorité pour les mutations ⬜ PACD/PALD ⬜ Reclassement |

**Aménagement(s) demandé(s)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aménagement** | **Pieces justificatives** |  |
| [ ] Prothèses auditives | * Ordonnance ORL (première demande) ou médecin (renouvellement)
* Devis faisant ressortir les prises en charge
* Justificatif mutuelle
* Justificatif de BOE\*
* PCH (facultative)
 |  |
| [ ] Fauteuil roulant, prothèse/orthèse  | * Ordonnance d'un spécialiste du handicap considéré
* Devis avec les détails de prise en charge Accord préalable mutuelle / SS
* Justificatif de BOE\*
* PCH (facultative)
 |  |
| [ ] Adaptation du poste de travail (mobilier ergonomique, informatique,…)*Préciser :* | * Préconisation du médecin des personnels
* Justificatif de BOE\* ou avis d’aptitude avec restrictions
* Devis
* Convention de télétravail (pour le domicile)
 |  |
| [ ] Assistance humaine dans le cadre des activités professionnelles par un(e) APSH | * Préconisation du médecin des personnels
* Devis (si organisme externe)
* Justificatif de BOE\*
 |  |
| [ ] Assistance humaine pour les actes quotidiens sur le temps de travail par un professionnel extérieur *(5h/jour)* |  |  |
| [ ] Tutorat par un agent en interne *(20 h/mois max)* | * Préconisation du médecin des personnels
* Justificatif de BOE\*
* Justificatif de la mission de tutorat
 |  |
| [ ] Interprètariat LSF | * Préconisation du médecin des personnels
* Devis
* Justificatif de BOE\*
 |  |
| [ ] Aide aux déplacements (taxi ou aménagement du véhicule personnel) | * Préconisation du médecin des personnels
* Justificatif de BOE\*
* Devis
* PCH (facultative)
 |  |
| [ ] Soutien médico-psychologique, accompagnement spécialisé sur le lieu de travail  | * Préconisation du médecin des personnels
* Devis
* Justificatif de BOE\* ou avis d’aptitude avec restrictions
 |  |
| [ ] Bilan de compétences  | * Préconisation du médecin des personnels
* Justificatif de BOE
* Devis
 |  |
| [ ] Formation destinée à compenser le handicap (matériel, logiciel,…) | * Préconisation du médecin des personnels
* Justificatif de BOE\*
* Devis
* Convention de formation
 |  |
| [ ] Formation dans le cadre d’un reclassement statutaire ou d’un changement d’affectation pour inaptitude | * Préconisation du médecin des personnels
* Avis d’inaptitude ou arrêté de disponibilité d’office pour raisons de santé
* Devis
* Convention de formation
 |  |
| [ ] Formation de reconversion d’un agent atteint dune pathologie évolutive | * Préconisation du conseil medical
* Devis
* Convention de formation
 |  |

Date de la dernière consultation avec le médecin des personnels :

Lorsque la préconisation du médecin des personnels est requise, vous devez prendre contact avec le secrétariat du service médico-social au **05 55 11 41 88.**

\*Justificatifs de BOE en cours de validité acceptés :

* Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH),
* Titre justifiant la rente ou la pension d’invalidité,
* Arrêté de nomination sur un emploi réservé (Code des pensions militaires)
* Carte mobilité inclusion mention « invalidité »,
* Allocation Adulte Handicapé (AAH),
* Allocation temporaire d’invalidité (ATI),
* Avis d’inaptitude et arrêté de reclassement pour inaptitude prononcée par le conseil médical,
* Avis d’inaptitude et arrêté de changement d’affectation pour inaptitude prononcée par le médecin des personnels.
* Convention de période de préparation au reclassement (PPR).

**Formulaire et pièces justificatives à retouner à :** **ce.dpps5@ac-limoges.fr**