**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**](mailto:ce.dpps5@ac-limoges.fr)