|  |  |
| --- | --- |
| logo établissement à insérer | |
|  | |
| HANDICAP.ANFH.FR | |
| Aménagement complexe du poste de travail | |
|  | |
|  | Nom de l’agent :  Prénom de l’agent :  Grade/métier de l’agent :  Période d’arrêt avant reprise (en mois) :  Date de reprise :   |  | | --- | | Rappel de l’avis du médecin du travail (restriction, aménagement, etc.) :  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |   **Poste**  **Horaires :**  **Description des tâches (cf. fiche de poste) :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Description  de la tâche nécessitant un mode de compensation** | **Mode de compensation préconisé** | **Temporalité de l’aménagement** | **Commentaire** | | Tâche 1 nécessitant un mode de compensation | Acquisition d’un fauteuil ergonomique | Définitif |  | | Tâche 2 nécessitant un mode de compensation | Mise en place du tutorat | 4h / semaine  pendant 1 mois |  | | Etc. |  |  |  |   **Eléments complémentaires d’adaptation du poste**   * Besoins en :   + formations :   + immersions :   + observations :   + etc. * Informations à donner auprès de l’équipe :   ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  **Suites à donner :**   * Date de bilan suivant le cas échéant : * Conclusions et actions à réaliser :   ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  Date …………………….    Signature des parties prenantes : Agent, direction, cadre |