|  |  |
| --- | --- |
| logo établissement à insérer | |
|  | |
| HANDICAP.ANFH.FR | |
| Aménagement simple 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 et horaires :**  **Description de l’aménagement :**  *NB : penser à indiquer les besoins en formations / immersions / observations et/ou les besoins en matériel le cas échéant*  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  **Suites à donner :**   * Date de bilan intermédiaire : * Date de fin d’aménagement :   A ……………………………. Le ………………….    Signature RRH Signature agent Signature Cadre |