|  |
| --- |
|  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 |