|  |
| --- |
|  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 |