

**Cette fiche est à remplir si vous êtes une personne en situation de handicap. Merci également de nous transmettre votre Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) si vous en bénéficiez.**

NOM :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Diplômes :  
RQTH :  Non  Oui – Date de la RQTH :

**MERCI DE BIEN VOULOIR REpondre PAR OUI OU PAR NON AUX CONTRE-INDICATIONS CI-DESSOUS**

<b>MOBILITE</b>	
Marcher	
Escaliers	
Transports en commun	Temps maximum
Besoin de véhicule adapté	
Autre	
<b>MANIPULATION</b>	
Motricité	
Travailler avec les membres supérieurs levés au dessus des épaules	
Port de charges	Poids maximum
Autre	
<b>POSITION DU CORPS</b>	
Rester assis	
Rester debout	
Travailler en hauteur	
Autre	
<b>COMMUNICATION / RELATIONNEL</b>	
Parler	
Entendre	
Voir	
Utiliser le téléphone	
Autre	
<b>AUTRES</b>	

Date :

Signature :