

Direction de l'Action Sanitaire et Sociale  
Division Santé Publique - Inspection Médicale



## COMMISSION D'ÉVALUATION DU HANDICAP

### COMMISSION D'ORIENTATION DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS

(Loi n°1.410 du 2 décembre 2014)

Chère Consœur, Cher Confrère,

Votre Patient(e) a déposé auprès des Commissions d'Évaluation du Handicap et d'Orientation des Travailleurs Handicapés une demande d'un ou plusieurs avantages.

Dans l'intérêt de votre Patient(e), et afin de répondre au mieux à sa demande, je vous serais très obligée de bien vouloir renseigner le certificat médical ci-après et y ajouter les documents y afférents.

En effet, la connaissance de la symptomatologie, et de ses répercussions dans la vie quotidienne (perte de mobilité, gênes dans les actes quotidiens...), du stade des pathologies, de la tolérance aux appareillages éventuels, des traitements et des perspectives thérapeutiques, sont indispensables à l'évaluation du handicap.

*Dans le cas où vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce(tte) Patient(e) lors d'une précédente demande et qu'il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap\* de votre Patient depuis le dernier certificat que vous avez établi, vous pouvez remplir le **certificat médical simplifié**.*

Dans le respect du secret professionnel, ces documents sont à remettre à votre Patient qui me les soumettra, ou à me les adresser **sous pli confidentiel**. Je me permets de vous rappeler que les membres et le secrétariat de la Commission d'Évaluation du Handicap et ceux de la Commission d'Orientation des Travailleurs Handicapés sont astreints au secret professionnel.

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie de croire en mes salutations confraternelles.

Le Médecin Inspecteur  
Président de la Commission  
d'évaluation du handicap et de la Commission  
d'orientation des travailleurs handicapés

\* « Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques ou d'un trouble de santé invalidant. »

## CERTIFICAT MEDICAL

Commission d'Evaluation du Handicap et Commission d'Orientation des Travailleurs Handicapés

(Loi n°1.410 du 2 décembre 2014)

2

Personne  
Handicapée

Nom (suivi s'il y a lieu du nom d'usage) \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ date de naissance LL LL LL LL

Adresse \_\_\_\_\_

Reconnaissance d'une invalidité par une Caisse Sociale  oui  non 1<sup>ère</sup> catégorie  2<sup>ème</sup> catégorie  3<sup>ème</sup> catégorie Taux d'IPP (AT) : \_\_\_\_\_

## CERTIFICAT MEDICAL SIMPLIFIE

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du ....., il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M.....

A ....., le ..... (cachet)

Signature du Médecin

Pathologie principale qui motive la demande

Code CIM

Pathologies autres (associées)

Histoire de la pathologie (invalidante ou évolution depuis la dernière demande) (**A RENSEIGNER**)Date de début des troubles (origine, circonstance d'apparition / antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap / poids de naissance **pour les enfants** / bilan initial, facteur de gravité, évolutivité...) Maladie  Pathologie congénitale  Accident  Maladie professionnelle  Accident du travail Autre (à préciser) : Documents joints (nature et compte rendu)

Description clinique actuelle, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur...

Poids ..... Taille ..... latéralité dominante avant handicap .....  document(s) joint(s) (préciser la nature et le compte rendu)Handicap :  régression  
 aggravation  
 stabilisation  
 définitif

## Perspective d'évolution

 Stabilité  Aggravation  Incapacité fluctuante (préciser, si nécessaire, la fréquence des poussées) Risque vital  Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)  non définie

### CERTIFICAT MEDICAL

**Commission d'Évaluation du Handicap et Commission d'Orientation des Travailleurs Handicapés**

*(Loi n°1.410 du 2 décembre 2014)*

3

**En cas de déficiences :**

**Locomotrice** préciser le type de troubles, la localisation (sans oublier s'il y a lieu d'ajouter côté droit, côté gauche, sujet droitier ou gaucher), les troubles associés, l'étiologie :

Périmètre de marche (*en mètres, sur terrain plat*) ..... Temps possible de marche sans arrêt :  
 Nombre d'étages montés sans arrêt ..... Utilisation d'une canne ou d'autre aide :

**Auditive** (préciser le type de surdité, joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal) :

**Visuelle** (préciser l'étiologie, si possibilité d'amélioration par traitement médical ou chirurgical, retourner le compte rendu type renseigné par l'ophtalmologue)

**Neurologique** (préciser l'étiologie, la nature des troubles (moteurs, sensitifs, d'équilibre) et joindre les comptes rendus, la loca de la paralysie, l'importance de l'amyotrophie et l'état des réflexes, si comitialité (type et fréquence), si sclérose en plaque évolutivité) :

**Psychiatrique ou intellectuelle** (préciser)

Etat névrotique                       Etat psychotique                       Etat déficitaire                       Autres

Diagnostic : .....

1<sup>er</sup> contact psychiatrique et suivi (hospitalisation) : .....

Suivi (hospitalisations) : .....

Troubles présents à décrire : Pathologie actuelle (hallucination, délire, ...) :

Trouble du comportement et de l'adaptation :

Addiction :

Troubles cognitifs documentés :

Niveau intellectuel documenté :

Orientation temporo-spatiale :

Vigilance, ... :

**Du langage et de la parole** (joindre un compte rendu de bilan oral et écrit)

**Cardiovasculaire** Résultats d'échographie cardiaque, d'épreuve d'effort, diagnostic, origine des troubles, suivi médical ... :

**Respiratoire** Résultats d'E.F.R, des gaz du sang, diagnostic, origine des troubles, suivi médical ... :

**De l'appareil urinaire** Troubles de l'élimination urinaire : rétention, incontinence diurne et/ou nocturne, sonde, protection :  
*dialyse* (fréquence hebdomadaire) :                      *greffe* (date et tolérance) :

**Digestive** Troubles de la déglutition, types d'alimentation, troubles hépatiques, pancréatiques, du transit, stomie :

**Métaboliques, enzymatiques** Type de diabète, obésité ou autres, joindre le suivi et les résultats complémentaires :

**Du système immunitaire et hématopoïétique** Suivi et résultats complémentaires :

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**Commission d'Evaluation du Handicap et Commission d'Orientation des Travailleurs Handicapés**  
*(Loi n°1.410 du 2 décembre 2014)*

4

**TRAITEMENTS, PRISES EN CHARGES**

(A RENSEIGNER)

**Nature et durée des traitements en cours** : contraintes, effets secondaires, régime ...

• Traitement permanent :  oui  non

• Durée :

• Traitement médicamenteux avec posologie :

• Tolérance :

• Soins ou traitements nocturnes :  non  oui (*préciser*) .....

**Prises en charge** : (*préciser Nature, Lieu, Fréquence*)

- Hospitalisations itératives ou programmées  
 Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non  
 Autres prises en charges paramédicales régulières  
 Autres (*préciser*)

**Appareillages** : *Préciser : Adaptation, Circonstances d'utilisation, Autonomie de la personne à l'utiliser, Compliance*

- canne  déambulateur  fauteuil roulant (manuel ou électrique)  
 orthèse, prothèse (auditive ... *préciser*)  
 sonde urinaire  stomie urinaire  
 stomie digestive d'élimination  
 gastro ou jéjunostomie d'alimentation  
 trachéotomie  
 appareil de ventilation (*préciser*)  O<sub>2</sub>  
 autre(s) appareillage(s) (*préciser*)

**Projet thérapeutique** .....

**Pronostic** .....

**RETENTISSEMENT FONCTIONNEL ET/OU RELATIONNEL**

(Renseignements indispensables)

**Mobilité** : maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

1 – Sans difficulté    2 – Seul avec aménagement    3 – Aide partielle d'un proche    4 – Aide totale d'un proche (difficulté grave et absolue)

	1	2	3	4
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Périmètre de marche (appréciation en fonction des aides techniques habituelles) :

**Entretien personnel** : toilette, habillement, continence, alimentation...

A: sans difficulté    B: difficilement ou avec aide technique    C: aide humaine partielle    D: aide humaine totale

	A	B	C	D
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vie quotidienne et vie domestique** : travaux ménagers course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches ...



Direction de l'Action Sanitaire et Sociale

**FORMULAIRE DE DEMANDE(S)**

**Commission d'Evaluation du Handicap  
Commission d'Orientation des Travailleurs Handicapés**  
(Loi n°1.410 du 2 décembre 2014)

**I - IDENTIFICATION DE L'ENFANT OU DE L'ADULTE**

Nom patronymique \_\_\_\_\_

Nom d'usage \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin

Date de naissance L L L L L L L L

Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Assurance sociale :  oui  non

Si oui : nom de l'organisme d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

n° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Etes-vous assuré(e) :  personnellement  à titre d'ayant droit (à préciser) : \_\_\_\_\_**Reconnaissance d'une invalidité par une Caisse Sociale**  oui  nonOrganisme \_\_\_\_\_  
Catégorie :  1<sup>ère</sup> catégorie  2<sup>ème</sup> catégorie  3<sup>ème</sup> catégorie  
Taux d'IPP (AT) : \_\_\_\_\_ Date d'effet : \_\_\_\_\_**Avez-vous déjà un statut de personne handicapée :**  oui  non

Si oui, précisez :

Le Pays : \_\_\_\_\_ La date L L L L L L L L

La qualité :  Mineur  Adulte  Travailleur

Le dernier taux d'incapacité \_\_\_\_\_ et la date y afférente L L L L L L L L

**II - ADRESSE ACTUELLE DE L'ENFANT OU DE L'ADULTE CONCERNE PAR LA DEMANDE****Date d'arrivée en Principauté (résident) :**

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Fonction - profession : \_\_\_\_\_

Direction de l'Action Sanitaire et Sociale



**III – AUTORITE PARENTALE POUR LES MINEURS UNIQUEMENT**

	Mère	Père	Autre
Nom	_____	_____	_____
Prénom	_____	_____	_____
Date de naissance	L L L L L L L L	L L L L L L L L	L L L L L L L L
Nationalité	_____	_____	_____
Adresse	_____	_____	_____
Code Postal	L L L L L	L L L L L	L L L L L
Ville	_____	_____	_____
Téléphone	_____	_____	_____
Adresse électronique	_____	_____	_____

Précisez qui détient l'autorité parentale :  Mère  Père  Les deux  Autre

**IV – REPRESENTATION OU ASSISTANCE LEGALE (Le cas échéant)**

Tutelle  Curatelle  Autre (précisez)

Ordonnance judiciaire en date du : \_\_\_\_\_

Nom de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de la personne ou organisme : N° \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_

**V – SITUATION DE LA PERSONNE CONCERNEE (ADULTE OU ENFANT)**

	Domicile	Crèche / Assistante maternelle*	Etablissement Scolaire*	Etablissement Médico-social ou sanitaire*	Hospitalisation*	Autre*
En journée						
En soirée						
Semaine						
Week-end						

\* à préciser

Direction de l'Action Sanitaire et Sociale


**VI – SITUATION FAMILIALE DE L'ADULTE CONCERNE OU AYANT LA CHARGE DE L'ENFANT**
 Célibataire    Marié(e)    En couple sans être marié(e)    Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

 Si vous êtes en couple, nom de naissance et prénom du conjoint(e) : \_\_\_\_\_  
 date de naissance : \_\_\_\_\_

**VII - LOGEMENT DE LA PERSONNE CONCERNEE OU DE LA PERSONNE AYANT L'ENFANT A CHARGE**
 Locataire    Hébergé(e) chez un particulier (famille – ami)  
 Propriétaire    Autre (précisez) \_\_\_\_\_

**Occupants du logement** (nom et lien de parenté) : \_\_\_\_\_

**Caractéristiques du logement :**

 Secteur d'habitation :  Parc immobilier CAR    Domanial    Libre    Lois n° 887 ou n°1.235

 Etage : \_\_\_\_\_

**Accessibilité :**

 Accès transport en commun :  Aisé    Moyen    Difficile    Très difficile

 Accès à l'immeuble :  Aisé    Moyen    Difficile    Très difficile

 Accès handicapé :  oui  non

 Accès au logement présence d'un ascenseur :  oui  non

**Composition de l'appartement :**
 Nombre de pièces : \_\_\_\_\_

 L'intéressé dispose-t-il d'une chambre :  oui  non

Remarques concernant le logement : \_\_\_\_\_

**VIII – PARCOURS DE SCOLARISATION**
 Non scolarisé    Maternelle    Primaire    Collège    Lycée    Enseignement supérieur

 Scolarisé(e) en AIS (CLIS), Classe d'Adaptation (ULIS), SEGPA

 Etablissement spécialisé (précisez) : \_\_\_\_\_

 Bénéficiez-vous ou avez vous bénéficié :  Projet Individualisé d'Intégration Scolaire    SAPAD

**Nom et adresse du dernier établissement fréquenté :** \_\_\_\_\_

**Diplôme(s) obtenu(s) ou niveau d'étude :** \_\_\_\_\_

Age de l'arrêt des études : \_\_\_\_\_



Direction de l'Action Sanitaire et Sociale



### IX – SITUATION PROFESSIONNELLE DE L'ADULTE CONCERNE OU AYANT LA CHARGE DE L'ENFANT

Avez-vous déjà travaillé ?  oui  non

#### En activité :

Nature de l'emploi occupé : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_

Salarié                       Indépendant  
 Temps plein                 Temps partiel                 Mi-temps thérapeutique                 Autre  
 Milieu ordinaire de travail                 Milieu protégé  
 Type de contrat :     CDI     CDD     Intérim     Fonction Publique

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

#### Sans activité :

Depuis le : \_\_\_\_\_

Dernier emploi occupé : \_\_\_\_\_

Temps plein                 Temps partiel                 Mi-temps thérapeutique                 Autre  
 Type de contrat :     CDI     CDD     Intérim     Fonction Publique

Dernier employeur : \_\_\_\_\_

Motif de l'arrêt de l'activité professionnelle : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité :  oui  non

Organisme : \_\_\_\_\_ Date d'effet : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous d'une rente d'accident du travail :  oui  non

Organisme : \_\_\_\_\_ Date d'effet : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous d'une pension de retraite :  oui  non

Organisme : \_\_\_\_\_ Date d'effet : \_\_\_\_\_

**Etes-vous, depuis demandeur d'emploi** auprès de la main d'œuvre, auprès d'un service intérimaire :

oui     non \_\_\_\_\_

### X – DEMANDE DE LA PERSONNE

Je souhaite     Je ne souhaite pas, être aidé(e) par un travailleur Social pour exprimer mes attentes et mes besoins. *Paragraphe facultatif sur « FEUILLE ANNEXE » à joindre à la demande*

#### 1 – DEMANDE D'AIDE SOCIALE

##### Allocation d'Education Spéciale

Complément d'allocation d'éducation spéciale     1<sup>ère</sup> catégorie     2<sup>ème</sup> catégorie  
 Aide financière supplémentaire  
 Majoration spécifique

##### Allocation aux Adultes Handicapés

Complément d'allocation aux adultes handicapés  
 Aide financière supplémentaire  
 Majoration pour enfant à charge

##### Allocation logement

Couverture sociale     Aide Médicale Gratuite     Prestations familiales

Direction de l'Action Sanitaire et Sociale

**Frais supplémentaires liés au handicap**

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par l'assurance maladie, les mutuelles complémentaires)

Nature des frais	Périodicité	Coûts	Prise en charge (organisme / montant)

**Présence d'une personne auprès du requérant**

Du fait du handicap du demandeur, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ?  oui  non

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation du demandeur, veuillez préciser le temps de rémunération \_\_\_\_\_ heures par semaine.

Si l'emploi n'est pas régulier veuillez estimer le nombre d'heures par an : \_\_\_\_\_ heures

**Pour les mineurs :**

**L'enfant est-il en internat ? :**  oui  non

**Si l'enfant est placé en internat, les frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie ou l'aide sociale ? :**  oui  non

**2 – DEMANDE DE PRESTATIONS DE COMPENSATION DU HANDICAP**

**Plan d'aide :**

**Aide humaine** (à préciser) \_\_\_\_\_

**Aide technique, matériel ou équipement** (à préciser) \_\_\_\_\_

**Aménagement du logement / Déménagement** (à préciser) \_\_\_\_\_

**Aménagement du véhicule** (à préciser) \_\_\_\_\_

**Aide animalière** (à préciser) \_\_\_\_\_

**Aidant familial**

**3 – DEMANDE D'ORIENTATION**

**Vers un établissement médico-social** (à préciser) \_\_\_\_\_

Direction de l'Action Sanitaire et Sociale

**4- DEMANDE RELATIVE AU TRAVAIL, A L'EMPLOI, A L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE** **Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé** **Orientation / Reclassement :**  **Formation** **Milieu Ordinaire :**

- Définition de projet
- Insertion professionnelle
- Maintien dans l'emploi
- Reclassement au sein de la même entreprise

Caractéristiques de l'emploi : \_\_\_\_\_

 **Milieu Protégé (ateliers protégés) :**

- AMAPEI (CAPS1)
- ESAT
- Autre : \_\_\_\_\_

Caractéristiques de l'emploi : \_\_\_\_\_

**5 - DEMANDE DE CARTES**

- Carte « de priorité pour personne handicapée »
- Carte de stationnement pour personnes handicapées
- Carte de transport public gratuit
- Carte « personne handicapée »

**XI- PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE**

- Certificat médical daté de moins de 3 mois et tout document permettant d'apprécier la nature et l'importance du handicap
- Photocopie recto-verso de la carte d'identité ou de la carte de résident de la personne handicapée et le cas échéant de son représentant légal
- Photocopie de justificatif de domicile
- Jugement de la mesure de protection judiciaire (le cas échéant)
- 2 Photographies d'identité pour le dossier et 2 photographies d'identité par carte demandée

D'autres pièces seront demandées ultérieurement (notamment un justificatif du statut de personne handicapée en application d'une loi étrangère, nationale ou du lieu de résidence ou d'un justificatif permettant d'établir la qualité de proche, s'agissant de l'obtention du statut d'aidant familial....)

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
atteste accepter, dans le cadre du dossier que je constitue auprès de la Commission d'Evaluation du Handicap, de la Commission d'Orientation\* des Travailleurs Handicapés, de me présenter à la visite médicale qui se déroulera en présence du Médecin Inspecteur de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale, Président des dites Commissions et/ou du Médecin du travail, qui pourront être assistés d'un ou plusieurs Médecins spécialistes.  
(\* selon le cas)

Pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

de la personne concernée

de son représentant légal

Direction de l'Action Sanitaire et Sociale



**FORMULAIRE DE DEMANDE(S)**  
**Commission d'Evaluation du Handicap**  
**Commission d'Orientation des Travailleurs Handicapés**  
*(Loi n°1.410 du 2 décembre 2014)*

**FEUILLE ANNEXE**

**EXPRESSION DES ATTENTES ET DES BESOINS DE LA PERSONNE CONCERNEE**  
**(Projet de vie)**

*Paragraphe facultatif*

- Je souhaite être aidé(e) par un travailleur social pour exprimer mes attentes et mes besoins
- Je ne souhaite pas m'exprimer

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Fait à ....., le .....**

**Signature**    **de la personne concernée**    **de son représentant légal**    **du travailleur social**