

**PROJET - MISE EN ŒUVRE- BILAN ESSAI ENCADRE (annexe 2 et 7)**

Le document est complété en lien avec l’assuré par le médecin du travail, le service prestataire à l’initiative de l’essai encadré et le tuteur.

Il est communiqué :

* Au médecin du travail de l'entreprise d'origine et de l’entreprise d’accueil, lorsque l’Essai Encadré a lieu dans une autre entreprise que l’entreprise d’origine.
* Au service à l’initiative de la demande
* Au Service Social de l’Assurance Maladie

|  |  |
| --- | --- |
| **Assuré**  | **Entreprise d’accueil de l’essai encadré** |
| Nom du Salarié : Prénom : Adresse : Tel : Mail : N° de Sécurité sociale : Entreprise d’origine :Poste de travail occupé avant l’arrêt :  | DENOMINATION SOCIALE : Adresse :Tel :Mail : Siret : Activité :Nom et prénom du responsable :Nom et prénom de l’interlocuteur (si différent) :Nom, prénom et fonction du tuteur dans l’entreprise :  |
| **Médecin du travail** |
| Nom du service :Nom du médecin du travail : Adresse :Tel : Adresse mail : |
| **Intervention d’un opérateur externe** 🞏 OUI 🞏 NON |
| **Si oui, précisez :**Nom de la structure :Nom / prénom du référent :Adresse :Tel : Adresse mail : |
| **Service Social de l’Assurance Maladie** |
| Nom et prénom de l’Assistant du Service Social qui assure le suivi de l’assuré :Tel :Mail : |

## **La mise en œuvre de l’essai encadré**

|  |
| --- |
| **L’essai a lieu :** |
| 🞏 Dans l’entreprise d’origine du salarié* Au même poste
* A un autre poste (précisez) :

🞏 Dans une autre entreprise (précisez le poste) :  | **Objectifs de l’essai :**………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Date de début :Date de fin :Durée (en nbre de demi-journées):  | Eléments à évaluer au cours de l’essai encadré : * Capacité à exécuter certaines taches
* Capacités à s’adapter aux contraintes du poste (rythme, ambiance, …)
* Adéquation des aménagements proposés. Lesquels : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Besoin d’aménagement complémentaire
* Besoin de formation éventuel

Autre, précisez : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Accord de l’assuré :** **🞏** J’accepte de bénéficier du dispositif Essai Encadré, et à ce titre, donne mon accord sur le traitement par l’Assurance Maladie de mes données personnelles nécessaires à l’examen et à la mise en place du dispositif.En cas d’essai encadré dans une autre entreprise, je précise si je suis d’accord pour que mon employeur soit informé de mon entrée dans le parcours : 🞏 OUI 🞏 NON**Signature de l’assuré :**  | **Accord du médecin du travail :**Avis favorable sur la mise en œuvre d’un essai encadré : 🞏 OUI 🞏 NON |

## **Bilan final de l’essai encadré**

**Date de réalisation :** …../…../…..

|  |  |
| --- | --- |
| **Tâches exécutées** | **Observations** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Facteurs facilitant le retour à l’emploi :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Facteurs limitant le retour à l’emploi :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Besoin d’aménagements :

* Techniques, précisez :
* Organisationnels, précisez :
* Humains, précisez :
* Formation, précisez :
* Autres, précisez :

Suites envisagées après le bilan :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………