

# ANNEXE 1

## BILAN ESSAI ENCADRÉ

Ce bilan une fois complété, doit être remis ou adressé aux intervenants : assuré, employeur, médecin du travail, partenaire et assistant de service social de l'Assurance Maladie.

### INTERVENANTS

#### Salarié

Nom :

Prénom :

Mail :

BOETH ou RQTH :

oui  non  en cours

#### Médecin du travail

Nom du service :

Médecin du travail :

Tel :

Mail :

#### Assistant(e) de service social Assurance Maladie

Nom :

Mail :

#### Entreprise d'accueil

Nom :

Activité :

Tuteur :

Tel :

Mail :

#### Partenaire (CAP emploi, Comète France...)

Nom de la structure :

Référent :

Tel :

Mail :

Tel :

### MODALITÉS PRATIQUES

Objectifs de l'essai :

Date de début :

Date de fin :

Durée :

Organisation du temps de travail (journée ou demi-journée, etc.) :

EE dans l'entreprise initiale

sur le poste initial

sur un autre poste

Précisez le poste :

EE dans une autre entreprise

Nom de l'entreprise/secteur d'activité :

Précisez le poste :

Tuteur dans l'entreprise :

Nom :

Précisez son poste :

Présence sur la période de l'EE :

constante

partielle Précisez :

### **BILAN FINAL RÉALISÉ LE :**

<b>Tâches exécutées</b>	<b>Observations</b>

Facteurs facilitants le retour à l'emploi :

Facteurs limitants le retour à l'emploi :

Besoin d'aménagement :

Techniques, précisez :

Organisationnels, précisez :

Humains, précisez :

Formation, précisez :

Autres, précisez :

Suites envisagées après le bilan :