

## NOTE ARGUMENTAIRE

*Date :* \_\_\_/\_\_\_/2022

Nom de de l'agent : .....

Statut de l'agent :

- Titulaire
- Contractuel
- Autres (préciser) : .....

Position statutaire :

- En arrêt de travail (si oui prise en charge par l'employeur)
- En activité (renseigner les parties ci-dessous)

Prestation Compensation Handicap (PCH)

Obtenue

- oui (Si oui, joindre la notification)
- non

Demandée

- oui (si oui , l'attestation de dépôt.....)
- non

Avis du Médecin du travail :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Résumé des Capacités fonctionnelles résiduelles** *(préciser de quoi est capable l'agent malgré ses difficultés, son degré d'autonomie)*

---

---

---

---

**Exposé du contexte :** *(Décrire la situation et rappeler ce qui a déjà été fait)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Solution(s) envisagée(s) avec l'employeur en ce qui concerne la vie professionnelle de l'agent**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Après recherche et étude,  
celui de la société ..... a été retenu pour un coût .....€ par mois.

Insérer Logo Employeur



**Conclusion :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---