NOM Prénom occupe la fonction de xx au sein de xx à xx

* **Historique contrat du salarié**
* **Cause de l’inaptitude (AT/AM/MP) et date**
* **Visite médicale d’inaptitude**

Lors de la visite de reprise du **xx/xx/xxxx**, le médecin du travail constatait :

***« […] »***

* **Retour sur le questionnaire envoyé au salarié et l’entretien**

 Dans le questionnaire complété par Madame X, elle nous indique :

* Diplôme(s).
* Expériences professionnelles
* Mobilité géographique
* Préférence d’emploi (type de poste, durée, conditions, etc.)
* Moyen de transport.
* **Etat d’avancement de la situation dans la recherche de reclassement**

Aux vues des observations et préconisations émises, nous procédons à une recherche de reclassement au sein de l’entreprise et du Groupe VYV

Ou

En conséquence, en l’absence de tout reclassement possible dans un emploi, l’entreprise envisage d’engager une procédure de licenciement.

**POUR AVIS DES ELUS**