



## TRIBUNAL DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITÉ DE BORDEAUX

72 bis rue Lecocq – BP 952 – 33063 BORDEAUX CEDEX  
Tél : 05.57.01.97.38 Fax : 05.57.01.97.97

Référence recours : 722015001376HA  
Dossier suivi par : Catherine  
Téléphone : 05.57.01.97.38

### DOCUMENT A COMPLETER ET A RENVoyer

#### *Votre situation personnelle et familiale*

Sexe :  M  F

Date et lieu de naissance : 11/07/ .....  
Nationalité : .....

Numéro de sécurité sociale : 1 88 07 24 32 / .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse (si changement) : .....  
.....

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Autre : .....

Profession : .....

Relevez-vous du régime général ? :  NON  OUI

Relevez-vous du régime agricole (MSA) ? :  NON  OUI : A quel titre ? : .....

Êtes-vous bénéficiaire de prestations familiales ? :  NON  OUI

Si oui : lesquelles ? : ..... versées par la  CAF  CMSA

Avez-vous déjà fait un recours devant ce tribunal ?  NON  OUI

Profession du conjoint : .....

Est-il handicapé ? .....  NON  OUI

Perçoit-il une prestation ? .....  NON  OUI

Si oui, préciser laquelle et le montant mensuel : .....

Nombre d'enfants : ..... Dont à votre charge : .....

Avez-vous un ou plusieurs enfants handicapés à votre charge : .....

Le cas échéant, percevez-vous une prestation pour eux ? :  NON  OUI



## TRIBUNAL DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITÉ DE BORDEAUX

72 bis rue Lecocq – BP 952 – 33063 BORDEAUX CEDEX  
Tél : 05.57.01.97.38 Fax : 05.57.01.97.97

Si oui, préciser laquelle et son montant mensuel : .....

Êtes-vous détenteur de permis de conduire :  NON  OUI

Si oui, lesquels : .....

Véhicule(s) dont vous disposez : .....

Pouvez-vous utiliser les transports en commun ? :  NON  OUI

Si non, préciser pourquoi : .....

.....

.....

### *Votre parcours professionnel*

Quelles sont vos qualifications ? : .....

.....

.....

Quelles formations avez-vous suivies ? (Précisez les dates) : .....

.....

.....

### *Votre situation à ce jour*

Travaillez vous à temps plein ?  NON  OUI

Travaillez vous à temps partiel ?  NON  OUI

Bénéficiez-vous d'un aménagement de poste ? :  NON  OUI

Travaillez-vous en milieu protégé (E.S.A.T.) ? :  NON  OUI

Indiquez votre rythme hebdomadaire : .....

Précisez, s'il s'agit d'un temps réduit, le motif de réduction : .....

.....

Avez-vous été licencié pour inaptitude ? :  NON  OUI A quelle date : .....

Êtes-vous inscrit à Pôle emploi ? :  NON  OUI A quelle date : .....

Percevez-vous l'allocation chômage ? :  NON  OUI



## TRIBUNAL DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITÉ DE BORDEAUX

72 bis rue Lecocq – BP 952 – 33063 BORDEAUX CEDEX  
Tél : 05.57.01.97.38 Fax : 05.57.01.97.97

Avez-vous entrepris une reconversion ? :  NON  OUI

Êtes-vous en stage ou en formation ? :  NON  OUI

Si oui, préciser la nature et l'objectif de la formation ou du stage : .....

Quelles sont les démarches que vous avez entreprises pour trouver ou retrouver un emploi ? :

Avez-vous un projet professionnel ? :  NON  OUI

Si oui, le décrire succinctement : .....

*Votre handicap*

Êtes-vous en arrêt maladie ? :  NON  OUI Depuis le : .....

Êtes-vous reconnu travailleur handicapé  NON  OUI Période : .....

Êtes-vous bénéficiaire d'une pension d'invalidité ? :  NON  OUI

Si oui, préciser : la catégorie, la date d'attribution et le montant :

Si vous avez été victime d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, indiquez les dates, taux d'incapacité permanente partielle et montants des rentes :



## TRIBUNAL DU CONTENTIEUX DE L'INCAPACITÉ DE BORDEAUX

72 bis rue Lecocq – BP 952 – 33063 BORDEAUX CEDEX  
Tél : 05.57.01.97.38 Fax : 05.57.01.97.97

Êtes-vous bénéficiaire d'une prestation de compensation ? :  NON  OUI

Si oui, précisez en quoi elle consiste : .....

.....

.....

Votre handicap réduit-il votre mobilité (périmètre de marche réduit, marche avec canne, fauteuil roulant, etc.) ? :  NON  OUI

Précisez : .....

### *Pathologies et traitements*

Énoncez vos pathologies à l'origine du handicap :

.....

.....

.....

Décrivez vos traitements, leur fréquence et leur durée :

.....

.....

Quels en sont les inconvénients ? : .....

.....

.....

### *Vos difficultés pour accéder ou se maintenir à un emploi*

Décrivez les difficultés que vous éprouvez, du fait de votre handicap pour accéder ou se maintenir à un emploi :

.....

.....

.....

.....