



**FICHE DE LAISON ETUDIANT/ ETABLISSEMENT / ENTREPRISE  
POUR DES ETUDES EN ALTERNANCE**

La mucoviscidose est une maladie génétique invalidante, qui touche les voies respiratoires et digestives. Les contraintes qu'elle impose justifient des aménagements des études et des aménagements du poste de travail. En concertation avec le service concerné, l'étudiant pourra remplir cette fiche de liaison qui est une aide à la prise en compte de ses besoins spécifiques.

Pour plus d'information sur la maladie, on peut consulter notre fiche mucoviscidose et études supérieures.

Cette fiche a pour objectif de faciliter les études en alternance de l'étudiant atteint de mucoviscidose dans le respect de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle permet d'aider à la réalisation pratique de ces études spécifiques, en particulier sur le lieu de l'entreprise, afin qu'elles s'effectuent dans les meilleures conditions possibles, malgré les contraintes de la maladie, Cette annexe peut être utilisée seule, ou en référence à la fiche de liaison établissement d'enseignement supérieur/étudiant.

***L'étudiant s'engage à disposer d'une assurance responsabilité civile au moment de la signature de son contrat de travail .***

**L'Etudiant :**

Nom ..... Prénom .....

Adresse : .....

Téléphone fixe:.....Téléphone portable :.....

Adresse mail : .....

Choix adapté du lieu de l'entreprise : .....

Accessibilité des locaux (clefs d'ascenseur) .....

Environnement du poste (éviter les bureaux en travaux, la poussière... ).....

Proximité géographique .....

Autres.....

**L'Entreprise :** (si l'entreprise est à l'étranger, utiliser la fiche études à l'étranger)

Nom : .....

Adresse : .....

Tuteur au sein de l'entreprise :

Nom : .....

Fonction : .....

Téléphone :.....Téléphone portable :.....

Adresse mail : .....

Contrat de travail du .....au .....

**L’Etablissement d’enseignement supérieur :**

Nom : .....

**Nom du Référent études de la Filière:**.....

Fonction :.....

Téléphone :.....Téléphone portable :.....

Adresse mail : .....

**Aménagements à apporter au poste de travail (vus avec le médecin du travail):**

Aménagements d’horaires : .....

Aménagements de pauses : .....

Aménagements des tâches : .....

Autorisation d’utiliser une salle comme salle de repos : salle : .....

Autorisation d’utiliser une salle comme salle de rangement de matériels spécifiques

Organisation globale en cas d’arrêt de travail liée à la maladie chronique en vue de validation du diplôme:

.....

.....

Accessibilité des locaux

Matériel adapté .....

Transport : .....

Restauration sur place

cantine..... possibilité de micro-onde.....

Possibilité de régime alimentaire en restauration collective

Sollicitation d’une visite médicale avec le médecin du travail

Autres aménagements

*Rappel des éléments de la convention collective applicables aux personnes en situation de handicap ou de maladie chronique (et accord groupe Agefiph s’il existe) :*

.....

.....

.....

**Protocole en cas d’urgence :** Voir le protocole joint signé par le médecin dans un pli confidentiel

**Commentaire libre :**

.....

.....

.....

Date :.....

Signatures :

L’étudiant :

Le responsable *étude*, au sein  
de l’établissement :

Le tuteur au sein de l’entreprise,