



PARTIE 1 Renseignements sur l'employé

Nom de l'employé _____ N° de certificat _____

Adresse _____ N° de police collective _____

_____ N° de téléphone (rés.) _____

_____ Dernier jour de travail _____

Date de naissance _____ Sexe H F Incapable de travailler depuis _____

Poste actuel et titre _____ Salaire de l'employé _____

Quelles tâches êtes-vous incapable d'accomplir? _____

Recevez-vous des prestations de la CSST/de l'A-E/d'assurance-salaire? _____

Montant _____ Début de l'indemnisation _____ Fin de l'indemnisation _____

Quelle est votre formation, votre éducation et votre expérience? _____

Quand retournerez-vous au travail? _____

Êtes-vous retourné au travail à temps partiel? _____

Renseignements médicaux

Diagnostic _____ Accident/Maladie _____

Nom(s) du(des) médecin(s) _____ Adresse _____ N° de téléphone _____

Date(s) de consultation avec votre(vos) médecin(s) _____

Quels sont les traitements envisagés/médicaments prescrits? _____

PARTIE 2 Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur _____

S'agit-il d'un accident de travail/d'une maladie professionnelle? _____

N° de police _____ Unité de facturation _____ Catégorie _____

Pouvez-vous modifier les fonctions de l'employé, ou lui offrir un poste à temps partiel? _____

L'employé présente-t-il des problèmes de rendement? _____

Tout autre renseignement pouvant de nous aider à mieux évaluer la situation _____
