**PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL DE L’EMPLOYÉ**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DE L’EMPLOYÉ BLESSÉ | FONCTION/RÔLE |
|  |  |
| NOM DU RESPONSABLE | SERVICE/ZONE |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DATE DE RETOUR | HEURE |
| IL EST PRÉVU QUE VOUS RETOURNIEZ AU TRAVAIL LE : |  |  |

|  |
| --- |
| VOUS TRAVAILLEZ AVEC LES RESTRICTIONS SUIVANTES SELON VOTRE MÉDECIN : |
|  |
| L’EXAMEN ET LE BILAN SUIVANTS ONT ÉTÉ EFFECTUÉS |
|  | Les restrictions du médecin ont été identifiées et clarifiées. |
|  | Le responsable est en mesure de comprendre les restrictions et de fournir un travail adapté. |
|  | Un moyen de communication pour obtenir de l’aide a été mis à la disposition de l’employé blessé. |
|  | Un examen des politiques et pratiques pertinentes en matière de sécurité a été effectué. |
|  | Un examen des politiques pertinentes en matière de ressources humaines, notamment en ce qui concerne les absences au travail, le pointage et les procédures similaires, a été effectué. |
|  | L’analyse de la demande d’emploi a été examinée conjointement avec les restrictions indiquées par le médecin. Les tâches ont été attribuées comme indiqué ci-dessous.  |
|  | L’obligation pour l’employé blessé de travailler avec des restrictions a été clarifiée.  |
|  | L’obligation pour le responsable de n’assigner du travail que dans le cadre des restrictions a été clarifiée.  |
|  | Obligation pour l’employé blessé de se rendre immédiatement chez son médecin (ou aux urgences) s’il quitte son travail parce qu’il estime ne pas pouvoir l’effectuer ou parce qu’il pense qu’il a pu se blesser à nouveau.  |
|  |  |
|  |  |

**TÂCHES ASSIGNÉES** joindre des pages séparées le cas échéant

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SME. N°** | **TÂCHES ATTRIBUÉES** | **COMMENTAIRE DE L’EMPLOYÉ** | **COMMENTAIRE DU RESPONSABLE** | Poursuivre le travail aménagé ? OUI/NON | Retour complet au travail ?OUI/NON |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |

**ACCORD**

Je soussigné, employé blessé, accepte de participer au plan de travail transitoire décrit dans le présent document. Je m’engage à effectuer mon travail avec soin et à respecter mes restrictions. Je m’engage également à demander de l’aide lorsque le travail dépasse mes capacités, à informer mon responsable si les tâches qui me sont confiées dépassent mes capacités, et à demander de l’aide à un responsable si j’en ai besoin.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NOM | SIGNATURE | DATE |  |
| Employé |  |  |  | Copie : Coordinateur de l’indemnisation des travailleursDossier du responsableDossier de l’employé |
| RESPONSABLE |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EXCLUSION DE RESPONSABILITÉ**Tous les articles, modèles ou informations proposés par Smartsheet sur le site web sont fournis à titre de référence uniquement. Bien que nous nous efforcions de maintenir les informations à jour et exactes, nous ne faisons aucune déclaration, ni n’offrons aucune garantie, de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite, quant à l’exhaustivité, l’exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité du site web, ou des informations, articles, modèles ou graphiques liés, contenus sur le site. Toute la confiance que vous accordez à ces informations relève de votre propre responsabilité, à vos propres risques. |