

# 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			
RESPONSABLE			

Copie : Coordinateur de l'indemnisation  
des travailleurs  
Dossier du responsable  
Dossier de l'employé

## **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.