**FORMULAIRE DE RAPPORT DE REPRISE**

**DU TRAVAIL ÉTABLI PAR LE RESPONSABLE DE L’ENTREPRISE**

INSTRUCTIONS : Le responsable doit remplir ce formulaire, puis le soumettre au coordinateur des accidents du travail. Joignez le plan de retour au travail de l’employé et envoyez-le en plus de ce formulaire.

|  |  |
| --- | --- |
| À : COORDINATEUR DE L’INDEMNISATION DES TRAVAILLEURS |  |
| DE : NOM DU RESPONSABLE | SERVICE/ZONE |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | NOM DE L’EMPLOYÉ | DATE DE RETOUR |
| L’employé suivant est retourné au travail : |  |  |

|  |
| --- |
| L’EMPLOYÉ : cochez tout ce qui s’applique |
|  | S’acquitte de toutes ses tâches sans aucune restriction.  |
|  | S’acquitte de ses tâches avec des restrictions.  |
|  | Est revenu dans un effort de transition ; et/ou d’autres missions lui ont été attribuées avec des restrictions.  |
|  | Travaille sur son emploi du temps complet. |
|  | Travaille sur une journée partielle :  | NB. D’HEURES PAR JOUR | HEURE DE DÉBUT | HEURE DE FIN |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| COMMENTAIRES : |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NOM | SIGNATURE | DATE |
| EMPLOYÉ BLESSÉ |  |  |  |
| RESPONSABLE |  |  |  |

RENVOYER LE FORMULAIRE REMPLI AU COORDONNATEUR DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DÈS QUE POSSIBLE \*\*\*

|  |
| --- |
| **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. |