

# 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 : COORDONNATEUR 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.		
	NB. D'HEURES PAR JOUR	HEURE DE DÉBUT	HEURE DE FIN
Travaille sur une journée partielle :			

COMMENTAIRES :

NOM

SIGNATURE

DATE

EMPLOYÉ BLESSÉ			
RESPONSABLE			

RENOYER 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.