

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

<input type="checkbox"/>	S'acquitte de toutes ses tâches sans aucune restriction.		
<input type="checkbox"/>	S'acquitte de ses tâches avec des restrictions.		
<input type="checkbox"/>	Est revenu dans un effort de transition ; et/ou d'autres missions lui ont été attribuées avec des restrictions.		
<input type="checkbox"/>	Travaille sur son emploi du temps complet.		
<input type="checkbox"/>	Travaille sur une journée partielle :		
	NB. D'HEURES PAR JOUR	HEURE DE DÉBUT	HEURE DE FIN

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.