

**IDENTIFICATION**

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_  
N° police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ**

1. Date d'embauche de l'employé : \_\_\_\_\_
2. Statut de l'employé :  permanent  temporaire  saisonnier  temps partiel  contractuel
3. Nombre d'heures régulières de travail par semaine : \_\_\_\_\_
4. Employés saisonniers - nombre de semaines par année : \_\_\_\_\_ Cochez les mois habituellement travaillés :  
 janvier  février  mars  avril  mai  juin  juillet  août  septembre  octobre  novembre  décembre
5. Salaire brut : \_\_\_\_\_ \$ Périodicité du salaire :  52  26  24  12 payes par an.  
Cotisation RRQ/RPC : \_\_\_\_\_ \$ Cotisation CAEC : \_\_\_\_\_ \$ Cotisation RQAP : \_\_\_\_\_ \$  
Impôt fédéral : \_\_\_\_\_ \$ Impôt provincial : \_\_\_\_\_ \$
6. Titre de l'employé : \_\_\_\_\_
7. Depuis combien d'années occupe-t-il ce poste ? \_\_\_\_\_
8. Décrivez brièvement les tâches effectuées par cet employé : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. L'employé est-il couvert par une assurance collective ou une assurance individuelle dont l'entreprise est preneur ou payeur ?  
 oui  non Si oui, veuillez indiquer les informations suivantes :  
Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_  
No du groupe (si applicable) : \_\_\_\_\_ N° du certificat ou de police : \_\_\_\_\_
10. Contribuez-vous au paiement de la prime d'assurance individuelle de Croix bleue ?  oui  non

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ARRÊT DE TRAVAIL**

1. Date du dernier jour de travail de l'employé : \_\_\_\_\_ jour / mois / année
2. Date du dernier jour payé par l'employeur : \_\_\_\_\_ jour / mois / année
3. À la date du début de l'invalidité, l'employé était-il en vacances, en mise à pied, en congé sans solde, en suspension disciplinaire ?  
 oui  non Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
4. Les tâches de son emploi ont-elles été modifiées récemment ?  oui  non  
Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
5. Avez-vous remarqué un changement dans le rendement ou l'assiduité de l'employé avant l'invalidité ?  oui  non  
Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
6. L'invalidité est-elle causée par un accident du travail ou une maladie professionnelle ?  oui  non  
Si oui, l'employé a-t-il fait une demande à la CSST, au CSPAAT ou toute autre commission d'accident de travail ?  oui  non  
Si oui, veuillez annexer la copie de cette demande et de la correspondance échangée avec cet organisme.
7. Si nécessaire, pourriez-vous offrir : a) un retour graduel au travail ?  oui  non b) des tâches allégées ?  oui  non
8. Date prévue de retour au travail : \_\_\_\_\_ jour / mois / année
9. Si l'employé a déjà repris le travail, veuillez préciser à quelle date : \_\_\_\_\_ jour / mois / année
10. Avez-vous des doutes sur le bien-fondé de cette demande ?  oui  non

**IMPORTANT : VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO DE CE FORMULAIRE**

<b>RENSEIGNEMENTS SUR L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL</b> – L'employé est-il exposé aux conditions suivantes (veuillez cocher) :							
	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
Bruit							
Poussière							
Vibrations							
Travail à l'extérieur							
Machinerie dangereuse							
Produits dangereux							
Autre(s) (veuillez préciser) _____							

<b>RENSEIGNEMENTS SUR LES EFFORTS PHYSIQUES</b> – Dans quelle mesure l'employé doit-il effectuer ce qui suit (veuillez cocher) :							
	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
<b>Position</b>							
S'asseoir							
Se tenir debout							
Marcher							
S'agenouiller							
S'accroupir							
Ramper							
Tendre les bras au-dessus des épaules							
Tendre les bras au-dessous des épaules							
Monter et descendre les escaliers							
<b>Efforts</b>							
Soulever							
Pousser							
Lever							
Tirer							
Manipuler les objets							
Faire des mouvements répétitifs							
<p>L'employé peut-il changer de position au besoin ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Pourcentage du temps passé par jour : assis : _____ % debout : _____ % à marcher : _____ %</p> <p>L'employé doit-il manipuler des objets lourds ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Les poids maximaux sont normalement de :  <input type="checkbox"/> 0 à 5 <input type="checkbox"/> 10 à 15 <input type="checkbox"/> 20 à 25 <input type="checkbox"/> 30 à 35 <input type="checkbox"/> 40 à 45 <input type="checkbox"/> 50 et plus ( <input type="checkbox"/> livres ou <input type="checkbox"/> kilogrammes)</p> <p>Si le travail comporte des mouvements répétitifs, indiquez : _____</p> <p>Pourcentage du temps de travail : _____ %</p> <p>Le ou les membres sollicités : _____</p> <p>Mouvements répétitifs avec : <input type="checkbox"/> dextérité (ex. : vitesse au clavier) ou <input type="checkbox"/> efforts physiques (ex. : chaîne d'assemblage)</p> <p>La cadence est : <input type="checkbox"/> fixe (ex. : fournir une machine) ou <input type="checkbox"/> variable</p>							

<b>RENSEIGNEMENTS SUR LES EFFORTS PSYCHOLOGIQUES</b> – Dans quelle mesure l'employé a-t-il recours à ce qui suit (veuillez cocher) :							
	Rarement	Peu souvent	Souvent	Très souvent	Constamment	Jamais	s/o
Mémoire et compréhension							
Maintien de la concentration							
Interaction sociale							
Adaptation							

<b>ATTESTATION</b>	
<b>Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques</b>	
Nom de l'entreprise : _____	
Adresse : _____	
Téléphone : (_____) _____ Télécopieur : (_____) _____ Courriel : _____	
Nom du signataire : _____ Fonction : _____	
Signature : _____ Date : _____ jour / mois / année	