



### 3. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Dernier jour travaillé 

	A				M			J	
--	---	--	--	--	---	--	--	---	--

 Date de retour au travail (s'il y a lieu) 

	A				M			J	
--	---	--	--	--	---	--	--	---	--

S'agit-il d'un accident de travail? Oui  Non

Est-ce qu'un rapport d'accident a été envoyé à la CSST, WSIB, Worksafe BC, etc.? Oui  Non  Date 

	A				M			J	
--	---	--	--	--	---	--	--	---	--

À la date du début de l'invalidité, l'employé était : en vacances  en mise à pied  en congé avec solde  en congé sans solde

en suspension disciplinaire avec solde  en suspension disciplinaire sans solde  Autre  \_\_\_\_\_

Si l'employé est de retour au travail, veuillez spécifier : Temps plein  Temps partiel  Tâches régulières  Tâches modifiées

À son dernier jour de travail, le participant occupait le poste suivant :

Poste \_\_\_\_\_ Veuillez joindre une description de poste si disponible. \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps le participant occupait-il ce poste? Nombre d'années \_\_\_\_\_ Nombre de mois \_\_\_\_\_

Si le participant a changé de poste ou a vu ses tâches changer, décrire le poste précédent et fournir la ou les raisons du changement de poste ou de tâches.

---

---

---

---

---

Veuillez fournir tout autre commentaire pertinent relativement à cette demande de règlement : \_\_\_\_\_

---

---

### 4. RENSEIGNEMENTS SUR LES EXIGENCES PROFESSIONNELLES

#### Veuillez remplir ou joindre une analyse des exigences physiques.

Dans sa routine quotidienne, quel pourcentage de son temps le participant consacre-t-il à soulever ou à transporter :

	Jamais	1-25 %	26-50 %	51-75 %	76-100 %
Plus de 10 lb/4,5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 20 lb/9,1 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus de 50 lb/22,7 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans sa routine quotidienne, quel pourcentage de temps le participant consacre-t-il aux activités suivantes?

	Jamais	1-25 %	26-50 %	51-75 %	76-100 %
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteindre des objets au-dessus de la hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteindre des objets à hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteindre des objets en dessous de la hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se pencher ou s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'agenouiller ou ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Combien de temps le participant demeure-t-il dans les positions suivantes de façon continue et sans pause?

	0-30 minutes	31-60 minutes	61-90 minutes	plus de 90 minutes
Position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Position debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Exigences mentales

Dans sa routine quotidienne, quel pourcentage de temps le participant consacre-t-il aux activités suivantes?

	Jamais	1-25 %	26-50 %	51-75 %	76-100 %
Supervision de collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tâches sous pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tâches nécessitant une importante attention aux détails	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE LA POLICE

Nom du titulaire de la police \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal

No de téléphone  Poste

Courriel \_\_\_\_\_

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Nom du signataire autorisé \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature Date

Si le titulaire de la police ne peut fournir les renseignements sur l'accomplissement du travail ou les tâches du participant, veuillez donner le nom d'une personne-ressource qui serait en mesure de fournir ces renseignements.

Nom : \_\_\_\_\_

No de téléphone  Poste

Courriel \_\_\_\_\_