

EXEMPLE D'UN PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL

Nom du travailleur : _____

Poste occupé avant l'accident : _____

Superviseur avant l'accident : _____

Superviseur pendant le travail modifié (s'il ne s'agit pas du même) : _____

Date d'entrée en vigueur : _____ Date de fin prévue : _____

Poste

- ☐ Travail avant l'accident – tâches / heures modifiées
- ☐ Autre travail, avec ou sans modification
- ☐ Tâches regroupées
- ☐ Poste initial

Restrictions et limitations fonctionnelles qui demandent des mesures d'adaptation

Détails du plan de retour au travail (Décrire les fonctions, les tâches et les modifications du poste, notamment les outils, l'équipement et la formation nécessaires)

Heures (inclure un calendrier de progression, s'il y a lieu)

Jours et heures prévus chaque semaine								
Semaine de travail (date)	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Commentaires

Surveillance / examen (Décrire le calendrier pour la surveillance et l'examen réguliers)

Vérifications informelles quotidiennes avec le superviseur à _____ (endroit, date et heure)

Réunion d'examen de suivi avec _____ (nom)

à _____ (endroit, date et heure)

De plus, si le travailleur, l'employeur ou Travail sécuritaire NB a des difficultés ou des inquiétudes au sujet du plan de travail modifié, veuillez communiquer avec :

Signatures

En signant le présent document, nous confirmons notre participation à l'élaboration du plan. Nous comprenons nos rôles dans le cadre de la mise en œuvre et de la surveillance du plan et nous acceptons de prendre une part active aux points énumérés ci-dessus.

Superviseur / gestionnaire : _____ Date : _____

Travailleur : _____ Date : _____

Représentant syndical (s'il y a lieu) : _____ Date : _____