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 : _____

TRAVAILLER À SA SANTÉ

OFFRE D'UN RETOUR AU TRAVAIL RAPIDE ET SÉCURITAIRE

Nom / Emplacement de l'employeur : _____

Nom du travailleur : _____ **Nº de réclamation :** _____

Nous sommes engagés à aider les travailleurs à retourner au travail rapidement et en toute sécurité. Le travail est aussi bon pour leur santé physique et mentale. En fait, il aide souvent à accélérer la guérison.

Nous offrons les tâches modifiées suivantes :

Décrire les tâches précises et les exigences physiques de chacune, ou joignez une description d'emploi.

Nous offrons les heures suivantes :

- ☐ **Temps plein**
- ☐ **Heures modifiées (veuillez préciser :** _____**)**

☐ **Nous aimerions de l'aide à déterminer des tâches modifiées.**

Personne-ressource auprès de l'employeur chargé du programme de retour au travail : _____

Nº de téléphone de la personne-ressource : _____

Signature de l'employeur : _____

Veuillez envoyer le formulaire rempli par courriel au moyen du portail de Mes services ou par télécopieur au 1 888 629-4722.