# Lettre au médecin/professionnel de la santé

À l’attention du médecin ou de tout autre professionnel de la santé traitant.

Nous avons mis en place un programme de maintien/retour au travail pour faciliter le rétablissement de nos employés blessés ou malades. Grâce à ce programme, le retour au travail se fait en toute sécurité et l’impact de cette situation sur notre entreprise et l’employé est minimisé.

En vertu de notre programme, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, l’employé(e) blessé(e), ne subira aucune perte de salaire. De plus, nous lui attribuerons des tâches productives et utiles qui tiendront compte des limitations fonctionnelles que vous nous indiquerez, le cas échéant. Ses tâches peuvent être modifiées comme suit :

* Travail régulier sans les tâches qu’il/elle est incapable d’accomplir
* Travail transitoire ou à temps partiel jusqu’à ce qu’il/elle puisse revenir au travail à temps plein
* Autre travail productif
* Formation
* Combinaison des éléments ci-dessus

Ce programme de maintien/retour au travail bénéficie autant à l’employé(e) qu’à notre entreprise.

Nous vous remercions de votre coopération. Si vous avez des questions concernant notre programme, veuillez communiquez avec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (directeur de l’employé/superviseur de l’employé/propriétaire de l’entreprise) au XXX XXX-XXXX.

Sachez que nous sommes entièrement disposés à contribuer au rétablissement de nom de l’employé. Par conséquent, nous pouvons lui proposer d’effectuer des tâches allégées selon vos indications. Cette mesure a pour but de lui permettre de demeurer au travail. **Veuillez noter que notre programme ne nuit en rien à sa demande d’indemnisation auprès de la Nom de la commission d’indemnisation des accidents du travail.**

Vous-même ou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, notre employé(e), selon le cas, devez faire parvenir le formulaire ci-joint à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (son directeur /superviseur/le propriétaire de l’entreprise – son employeur) par un des moyens suivants :

**Télécopieur :** XXX XXX-XXXX

**Courriel :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Courrier :**

**Adresse :**

Sincères salutations,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Directeur/superviseur de l’employé(e)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone

Nom de l’entreprise