# Offre de tâches modifiées

Nom de l’employé(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nous nous sommes engagés à offrir à nos employés victimes d’un accident ou d’une maladie des tâches adaptées à leur condition. Voici les tâches modifiées que nous vous proposons dans le cadre de notre programme de retour au travail :

Poste :

Tâches spécifiques (détaillées) :

Exigences physiques :

Nombre d’heures de travail par jour : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de jours de travail par semaine : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de fin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du superviseur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Projet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nous suivrons de près l’évolution de votre état de santé et changerons au besoin la durée de ces tâches modifiées après consultation avec votre médecin/autre professionnel de la santé, votre superviseur et vous-même. Merci de communiquer immédiatement avec votre superviseur si vous avez des questions concernant ces tâches modifiées.

N’oubliez pas que vous ne devez exécuter que les tâches permises par vos limitations fonctionnelles. Au besoin, vous devrez rencontrer votre superviseur pour faire le point sur l’évolution de votre état.

Offre acceptée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Directeur/Superviseur/propriétaire de l’entreprise : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_