

Nom de l'employé(e)

Poste

Date

1- Restrictions / recommandations émises par le médecin traitant

2- Horaire de travail prévu

| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | SAMEDI | DIMANCHE |
|--------------------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
| Nb d'heures | | | | | | | |
| Horaire | | | | | | | |

3- Tâches de travail proposées

4- Productivité attendue

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nom de l'employé(e)

Poste

Date

| | | |
|----------------------------------|---|-----------------|
| 5- Difficultés anticipées | 6- Moyens pour contrer ces difficultés | |
| | PERSONNEL | ORGANISATIONNEL |
| | | |

7- Niveau de confiance de l'employé(e) face au plan de travail retenu pour la semaine

- Peu confiant
 Assez confiant

- Confiant
 Très confiant

| | | | |
|----------------------|------------|--------------------|------------------------------------|
| 8- Signatures | Employé(e) | Supérieur immédiat | Coordonnateur de retour au travail |
| Date | | | |

9- Atteinte des objectifs de productivité

- Pas du tout atteints
 Partiellement atteints
 Totalement atteints

Raisons:

10- Niveau d'inconfort

- Inchangé
 Légèrement augmenté
 Modérément augmenté
 Fortement augmenté