

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

<b>5- Difficultés anticipées</b>	<b>6- Moyens pour contrer ces difficultés</b>	
	PERSONNEL	ORGANISATIONNEL

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

<input type="checkbox"/> Peu confiant	<input type="checkbox"/> Confiant
<input type="checkbox"/> Assez confiant	<input type="checkbox"/> Très confiant

<b>8- Signatures</b>	Employé(e)	Supérieur immédiat	Coordonnateur de retour au travail
Date			

<b>9- Atteinte des objectifs de productivité</b>	<b>10- Niveau d'inconfort</b>
<input type="checkbox"/> Pas du tout atteints <input type="checkbox"/> Partiellement atteints <input type="checkbox"/> Totalement atteints	<input type="checkbox"/> Inchangé <input type="checkbox"/> Légèrement augmenté <input type="checkbox"/> Modérément augmenté <input type="checkbox"/> Fortement augmenté
<b>Raison(s) :</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>	