

Veillez imprimer, remplir et signer.

Partie A - Renseignements sur la personne salariée - (à remplir par la personne salariée)

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Matricule	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text"/>		<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Autre				
Adresse	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>	Province	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
Titre d'emploi	<input type="text"/>			No de téléphone	<input type="text"/>		
Occupez-vous plus d'un emploi?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, veuillez préciser :	<input type="text"/>				

Partie B - Identification de l'employeur

Nom et adresse de l'employeur	<input type="text"/>	Nom du représentant ou de la représentante de l'employeur	<input type="text"/>
No de téléphone	<input type="text"/>	No de télécopieur	<input type="text"/>
Courriel	<input type="text"/>		
Signature	<input type="text"/>		

Partie C - Attestation et autorisation de la personne salariée (à remplir par la personne salariée)

Avez-vous déposé ou souhaitez-vous déposer une réclamation relativement à votre état de santé à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail?

 Oui Non

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les médecins et les représentants autorisés des hôpitaux, des cliniques médicales et de tout autre organisme en cause à transmettre à mon employeur et ses représentants les renseignements pertinents se rapportant à l'analyse et à la gestion de ma demande.

J'autorise que le médecin-conseil de mon employeur et mes médecins traitants échangent des informations en lien avec mon état de santé.

J'autorise également mon employeur et ses représentants à communiquer ces renseignements à toute personne ou organisme si cette communication est nécessaire à l'analyse et à la gestion de ma demande.

Sur demande, je m'engage à présenter à mon employeur les pièces justificatives attestant les soins reçus de tout autre professionnel de la santé en lien avec mon état de santé.

Signature Date

Dans l'éventualité où mon employeur me soumet à une expertise médicale, j'autorise que le rapport d'expertise médicale soit transmis à mon médecin traitant.

 Oui Non**Renseignements généraux au médecin traitant et à la personne salariée en lien avec la COVID-19**

La responsabilité de déterminer si des mesures additionnelles de sécurité doivent être prises à l'égard de l'employé revient à la commission scolaire, qui tiendra compte notamment des recommandations émises par les autorités pertinentes soient : l'INSPQ, la Santé Publique et la CNESST.

Selon l'INSPQ, les individus plus à risque de développer une maladie sévère à la suite d'une infection à la COVID-19 sont les personnes suivantes :

- les personnes âgées de plus de 70 ans
- les personnes immunosupprimées : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2914-protection-travailleurs-immunodeprimes-covid19>
- les personnes atteintes de maladies chroniques : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2967-protection-travailleurs-maladies-chroniques-covid-19>

Mesures mises en place dans les établissements scolaires et le centre administratif en lien avec la COVID-19

L'employeur doit procéder à une identification des risques de transmission de la COVID-19 dans son milieu de travail. À défaut de pouvoir éliminer les risques de contamination, il doit viser à les diminuer et à les contrôler. Il doit identifier les tâches durant lesquelles les travailleuses et les travailleurs peuvent être exposés au virus. Les fournisseurs, les sous-traitants, les partenaires et la clientèle ont été informés des mesures mises en œuvre dans l'entreprise pour contrôler les risques associés à la COVID-19 et les sensibiliser à l'importance de les respecter.

Les mesures de prévention qui peuvent être appliquées reposent sur les principes de l'exclusion des personnes symptomatiques des lieux de travail, de distanciation physique, du lavage des mains, de l'étiquette respiratoire ainsi que du maintien de mesures d'hygiène avec le matériel, les outils, les équipements et les surfaces fréquemment touchés.

Pour en savoir plus sur les mesures d'identifications des risques de transmissions mises en places et les mesures de prévention appliquées, nous vous invitons à consulter le Guide des normes sanitaires en milieu de travail pour le milieu scolaire – COVID-19 de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) accessible au lien suivant : <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/coronavirus-covid-19/trousse-covid-19-guide-outils>

Nom de la personne salariée

Matricule

Partie D - Rapport médical (à remplir par le médecin traitant)

1. Diagnostic(s)

Principal

Secondaire(s)

2. Traitement

Médicament(s) (nom et posologie)

Chimiothérapie Date de début Fréquence

Radiothérapie Date de début Fréquence

Autre historique de traitement Précisez

3. Recommendations du médecin traitant:

À la suite de la révision des informations soumises par l'INSPQ disponibles dans la partie C du présent document (Renseignement généraux au médecin traitant et à la personne salariée en lien avec la COVID-19)

Mon patient ne présente pas d'indication de l'INSPQ et ne nécessite pas de mesure(s) de protection additionnelle(s).

Mon patient présente des indications de l'INSPQ et nécessite une ou des mesure(s) de protection additionnelle(s).

Veillez détailler cette ou ces mesure(s) de protection ainsi que vos justifications médicales.

Veillez indiquer tout autre commentaire et renseignement médical pertinents dans le contexte de la COVID-19 :

Identification du médecin

Seuls les médecins et infirmières praticiennes spécialisées légalement autorisés sont habilités à signer ce formulaire (estampilles non acceptées). À noter que l'employeur n'est pas lié par les recommandations du médecin signataire. Tout rapport incomplet, ou dont le contenu ne permet pas de justifier les recommandations faites, pourra être refusé sans autre formalité.

Nom et prénom du médecin No de permis d'exercer

No de téléphone No de télécopieur

Adresse

Spécialité (s'il y a lieu)

Signature du médecin ou de l'infirmière praticienne : Date