

## Employeur

A. Identification du travailleur ou de la travailleuse									
Nom et prénom					Numéro de la demande de prestation				
Adresse					Numéro de téléphone		Ind. Rég.		
Date de l'événement	Année	Mois	Jour	Emploi occupé au moment de la lésion	Numéro d'assurance social		Numéro d'assurance maladie		

B. Identification de l'employeur									
Nom et adresse					Nom de la personne qui peut fournir des renseignements				
Nom et adresse de l'établissement où est prévue l'assignation temporaire					Numéro de dossier d'expérience				
					Numéro de téléphone		Ind. Rég.		

C. Nature de l'assignation temporaire									
Travail proposé				Durée prévue de l'assignation					
				DU	Année	Mois	Jour	AU	Année
Description (positions et mouvements, objets à manipuler, conditions environnantes, horaire de travail : voir le Guide au verso)									
Nom de la personne qui a rédigé la description (en lettres majuscules)					Signature				

## Médecin qui a charge du travailleur ou d la travailleuse

D. Le médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse se prononce sur les trois points de l'article 179 de la LATMP (voir au verso). Une réponse positive aux trois questions suivantes permet de procéder à l'assignation temporaire.									
1. Est-ce que le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail?						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
2. Ce travail est-il sans danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique compte tenu de sa lésion?						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
3. Ce travail est-il favorable à sa réadaptation?						<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Commentaires									
Nom du médecin			Numéro de corporation		Signature			Date	
								Année Mois Jour	

**Les sections A, B, C et D du formulaire doivent être remplies avant de détacher les exemplaires**