

A Identification de l'établissement ayant un service de santé					N° de l'établissement					N° de groupe	
E T A											
Nom ou raison sociale											
Adresse			N°			Rue					
Ville									Code postal		
Téléphone			Poste			Télécopieur			Courriel pour la correspondance		

B Description du service de santé													
Date d'ouverture du service de santé			Année		Mois		Jour			Si vous avez coché non, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'endroit où les services sont offerts.			
Est-il situé à la même adresse que l'établissement identifié en A ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non													
Veuillez cocher les services que vous offrez						Identification de la ou des personnes responsables du service de santé							
<input type="checkbox"/> Examen de pré-embauche <input type="checkbox"/> Examen périodique pour les travailleurs exposés à des risques <input type="checkbox"/> Tenue à jour du dossier médical de chaque travailleur <input type="checkbox"/> Tenue du registre d'accidents, maladies professionnelles et événements dangereux.						<input type="checkbox"/> Infirmier ou infirmière		Nom		N° de membre de l'OIIQ			
								Signature		Nombre d'heures de présence hebdomadaire			
								Date		Année Mois Jour			
						<input type="checkbox"/> Médecin		Nom		N° de membre de l'OIIQ			
								Signature		Nombre d'heures de présence hebdomadaire			
								Date		Année Mois Jour			

C Relevé du nombre de travailleurs											
Pendant la dernière année, combien y avait-il de travailleurs en moyenne dans l'établissement identifié en A? <input type="text"/>						Le service de santé de votre établissement fournit-il des services à un ou plusieurs autres établissements situés dans la même région administrative ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <small>(Si oui, vous devez remplir le tableau ci-dessous)</small>					
Nom de l'établissement						N° de l'établissement			Nombre moyen de travailleurs pendant la dernière année		

D Le bilan des activités est annexé à la demande <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E Déclaration de l'établissement qui fournit les services de santé																	
J'atteste que les renseignements ci-dessus sont vrais, exacts et complets.			Nom			Signature			Année			Mois			Jour		
			Fonction														

À l'usage de la CNESST																	
Nombre total de travailleurs			Montant accordé			Vérfié par			Année			Mois			Jour		
<input type="text"/>			<input type="text"/> \$			Approuvé par											