CNESST

RAPPORT DE L'EMPLOYEUR ET ABSENCES DU TRAVAIL

Santé et sécurité du travail

Nom de l'employeur (raison sociale)

Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur (N°, Rue, Bureau)

Ville, Province, Pays — Code postal

Nom du travailleur

Adresse du domicile (N°, Rue, App.)

Ville, Province, Pays — Code postal

Important : Répondre au présent questionnaire et le faire parvenir sans délai au bureau de la CNESST de votre région.

N° de dossier du travailleur

Date de l'événement d'origine — A A A A M M J J

Date de récidive, rechute ou aggravation — A A A A M M J J

N° de dossier d'expérience

Première absence

Le travailleur a-t-il repris le travail? ☐ Oui ☐ Non → Année | Mois | Jour | Heure :

Type de retour
- ☐ Même emploi
- ☐ Assignation temporaire
- ☐ Autre (retour progressif, travail allégé, etc.)

Le travailleur a-t-il travaillé entre le jour de l'événement et celui de son retour à son même emploi ? ☐ Oui ☐ Non

À l'exception des 14 premiers jours, lui avez-vous fait des paiements pendant sa période d'incapacité d'occuper son emploi ☐ Oui ☐ Non → Préciser dans Commentaires

Du Année | Mois | Jour | Heure :

Au Année | Mois | Jour | Heure :

Absences subséquentes

Abs.	Raison (√)			Départ				Retour				Montant réclamé* (100 % du salaire net)
	Physio Ergo	Visite médicale	Autre	Année	Mois	Jour	Heure	Année	Mois	Jour	Heure	
1re												
2e												
3e												
4e												
5e												
6e												
7e												

*** Le montant réclamé correspond au salaire net pour chaque jour ou partie de jour où le travailleur a dû s'absenter de son travail.**

Commentaires

Nom de la personne à joindre — Fonction — Année | Mois | Jour

Signature — Téléphone — Télécopieur

Le sigle CNESST désigne la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.