



Service des ressources humaines

Demande d'adaptation d'un poste de travail ***Dans le cadre d'une mesure d'accommodement***

Nom de l'employé: _____

Établissement: _____

Fonction: _____

Local: _____

Motifs veuillez préciser la limitation: _____

Veuillez joindre ordonnance médical à l'appuie de cette demande.

Supérieur immédiat: _____

Faites-vous partie d'un organisme? Oui Non

Si oui, veuillez préciser lequel; _____

Avez-vous une couverture avec votre assurance? Oui Non

***Veuillez télécopier la demande signée par votre supérieur immédiat
à Mme Diane Mongeon au 819-986-1622***

Section réservée à Mme Diane Mongeon.

Date de réception de la demande : _____

Recommandations : _____

Partenariat avec : _____

Date signature de l'entente : _____

Soumissions reçues : _____

Personne contact de l'organisme : _____

Lettre d'acceptation posté le : _____

Demande de remboursement postée : _____

Pourcentage de l'entente : _____

Commentaires :

Coûts : _____

Signature: _____