



## PRÉPARATION À UNE ENTREVUE / TESTS

### DEMANDE D'ADAPTATION D'UN POSTE DE TRAVAIL DANS LE CADRE D'UNE MESURE D'ACCOMMODEMENT

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_  
Établissement : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_  
Local : \_\_\_\_\_

Motif : veuillez préciser la limitation :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*\*Veuillez joindre le billet médical à l'appui de cette demande.*

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 à Mme Diane Mongeon au 819-986-1622.***

#### Section réservée à Mme Diane Mongeon

Date de réception de la demande :

Recommandations :

Partenariat avec :

Date et signature de l'entente :

Soumissions reçues :

Personne-ressource de l'organisme :

Lettre d'acceptation postée le :

Demande de remboursement postée le :

Pourcentage de l'entente :

Commentaires :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Coûts : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_