

**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.***

Nom du supérieur immédiat : _____

Signature du 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 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 : _____