

### IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENTE

Nom	Prénom	
N° de groupe	N° d'employeur	N° d'identification

### DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

1. **Nom et adresse de l'employeur :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_
2. **Occupation de l'employée :** \_\_\_\_\_
3. **Principales tâches de l'employée :** \_\_\_\_\_
4. **Date d'entrée à votre service :**

Année	Mois	Jour
5. **Salaire mensuel brut au début de l'invalidité :** \_\_\_\_\_ \$
6.  Temps plein     Temps partiel – % du temps partiel travaillé: \_\_\_\_\_  
 Sur appel     Autre (précisez): \_\_\_\_\_
7. **Moyenne d'heures travaillées dans une semaine régulière :** \_\_\_\_\_
8. **L'employée est-elle retournée au travail ?**  Non     Oui – Si oui, date: 

Année	Mois	Jour
9. **L'invalidité est-elle attribuable à :**  un accident de travail ?     une maladie professionnelle ?
10. **Si l'employée est actuellement enceinte, une demande a-t-elle été ou sera-t-elle effectuée à la CNESST en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail ?**  Non     Oui
11. **Si l'employée peut faire un travail adapté à sa condition, est-il possible de l'assigner à un autre emploi dans votre organisation ?**  Non     Oui  
 Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et véridiques.

Signé à : \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ .



Signature de la personne autorisée

**Veuillez remplir, signer et dater la section *Renseignements additionnels* à la page suivante.**

