

Remplir à l'aide d'un crayon ou d'un stylo à pointe dure en appuyant fortement

A - Identification de la travailleuse et objet de la consultation

Nom et prénom à la naissance		N° de dossier CNESST de la travailleuse	<input type="text"/>
Adresse		N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
		N° d'assurance sociale	<input type="text"/>
N° de téléphone		Code postal	<input type="text"/>
Catégorie de la demande	<input type="checkbox"/> Grossesse	Date prévue de l'accouchement	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Allaitement	Date de naissance de l'enfant allaité
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse Décrire :		Signature de la travailleuse	
		<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	

B - Identification du lieu de travail et description de l'emploi de la travailleuse

Raison sociale de l'employeur (Nom de l'employeur ou de la compagnie)	
Adresse du lieu de travail	Code postal <input type="text"/>
Poste de travail et service où la travailleuse exécute ses tâches	Titre de l'emploi
Nom et fonction de la personne avec qui l'on peut communiquer dans l'entreprise	N° de téléphone <input type="text"/>

C - Consultation obligatoire en vertu de la loi (Le médecin responsable des services de santé de l'établissement n'a pas à remplir cette section s'il émet le certificat)

Nom du médecin consulté	En qualité de :	<input type="checkbox"/> médecin responsable de l'établissement	<input type="checkbox"/> directeur de la santé publique	<input type="checkbox"/> médecin désigné
Nom de la direction de la santé publique	N° de téléphone	<input type="text"/>		
Réception du <i>Rapport de consultation</i>	<input type="checkbox"/> par téléphone	ou	<input type="checkbox"/> par écrit	Date <input type="text"/>

D - Rapport médical

Selon vous, quelles sont les **conditions de travail** comportant des **dangers physiques** pour l'enfant à naître ou allaité ou pour la travailleuse à cause de son état de grossesse ?

Indiquer, s'il y a lieu, les problèmes de santé pouvant être aggravés par ces conditions de travail.

Est-ce que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail ? Oui Non **IMPORTANT** Pour bénéficier d'un retrait préventif ou d'une affectation, la travailleuse doit être apte à un travail.

E - Attestation

<input type="checkbox"/> J'atteste que les conditions de travail de la travailleuse comportent des dangers physiques pour elle-même, à cause de son état de grossesse, ou pour l'enfant à naître ou allaité.	Pour les cas de grossesse seulement Indiquer le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation.	Date du retrait préventif ou de l'affectation
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement	<input type="text"/>
Nom du médecin (en lettres moulées)		N° de téléphone
N° de corporation <input type="text"/>		450 773-6023
Signature	<input type="text"/>	Date de remise du certificat à la travailleuse <input type="text"/>

Suggestion(s) à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier).