



# Assurance-salaire

Niveau : Responsable locale

NOM :	PRÉNOM :
Matricule :	Quart de travail <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> nuit
Titre d'emploi :	T. complet : <input type="checkbox"/> Partiel : <input type="checkbox"/> /28
Superviseur :	
Établissement :	
Centre d'activités (département/unité/service) :	
Actuellement en assignation (remplacement) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, où ? : _____	
DATE :	TÉL. :
Conseiller au dossier : <input type="checkbox"/> Francis Gilbert <input type="checkbox"/> Gabriel Potvin Beaudoin	

1. Quelle est la date de l'événement ?
2. Est-ce que la membre a été vu par un médecin ? Si non, pourquoi ? <input type="checkbox"/> <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b> : _____ *** Mentionner à la membre qu'il est impératif qu'elle voit un médecin dans les plus brefs délais.
3. Est-ce que la membre a acheminé la documentation médicale au Bureau de santé du CSSS Laval ? <input type="checkbox"/> <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b> ***Acheminer les informations en mains propres ou par télécopieur au Bureau de santé du CSSSL au (450) 978-8627.  <b>Joindre au présent document une copie de tous les documents en lien avec l'invalidité.</b>

