Le **Syndicat** des **infirmières, inhalothérapeutes** et **infirmières auxiliaires** de **Laval** (**CSQ**)

Congés parentaux

Niveau : Responsable locale

NOM :	PRÉNOM :
Matricule :	Quart de travail ☐ jour ☐ soir ☐ nuit
Titre d'emploi :	T. complet : ☐ Partiel : ☐ /28
Superviseur :	
Établissement :	
Centre d'activités (département/unité/service) :	
Actuellement en assignation (remplacement) ? ☐ OUI ☐ NON Si oui, où : _____	
DATE :	TÉL. :
Conseiller au dossier : ☐ Francis Gilbert ☐ Liudmila Sempered ☐ Mathieu Riendeau	

***Remettre à la membre le Guide sur les droits parentaux.
1. En cas de retrait préventif : Est-ce que la membre a une justification médicale signée par un médecin concernant un retrait préventif ? ☐ **OUI** ☐ **NON** *** Obtenir une copie du document médical.
2. Est-ce que la membre a acheminé la documentation médicale en lien avec le présent dossier au Bureau de santé du CSSSL ? (le cas échéant) ☐ **OUI** ☐ **NON** ***Acheminer les informations en mains propres ou par télécopieur au Bureau de santé du CSSSL au (450) 978-8627.
3. Obtenir l'essentiel de la problématique.

Le **Syndicat** des **infirmières, inhalothérapeutes** et **infirmières auxiliaires** de **Laval** (**CSQ**)

Note :

Une fois rempli, faire parvenir dès que possible le présent document, ainsi que toute documentation remise lors de la rencontre, par courriel à relationsdutravail@siiial.com ou par télécopieur au (450) 686-6012.