



Certificat de maintien du lien d'emploi ou d'assignation temporaire (AEEM)

-Enseignants/enseignantes-

En vertu de l'article 179 de la Loi sur les accidents de travail des maladies professionnelles (voir texte ci-dessous)

L'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier, en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi ou un emploi convenable même si sa lésion n'est pas consolidée, si le médecin qui a charge du travailleur croit que :

- ♦ le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail
- ♦ ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion
- ♦ le travail est favorable à la réadaptation du travailleur.

La signature du médecin traitant au bas du présent document atteste que l'assignation temporaire proposée respecte ces 3 exigences.

Nom du travailleur : _____ École : _____

À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Après avoir évalué médicalement la personne nommée plus haut, je considère :

☐ qu'elle peut retourner à sa tâche régulière dès le : _____
(date de début)

☐ qu'elle peut reprendre sa fonction régulière dans un travail léger avec la ou les limitations fonctionnelles suivantes :

Éviter de :

- | | |
|--|---|
| ☐ faire un travail qu'en position assise seulement | ☐ demeurer en posture statique |
| ☐ soulever des poids de plus de _____ kg | ☐ travailler avec des échelles, escabeaux, passerelles, etc. |
| ☐ faire des torsions répétées | ☐ se courber fréquemment |
| ☐ faire d'effort physique important | ☐ porter, pousser, tirer |
| ☐ marcher ou se tenir debout continuellement | ☐ effectuer des mouvements répétés |
| ☐ travailler avec des huiles, solvants et autres produits chimiques | |
| ☐ Autres : _____ | |

☐ qu'elle ne peut retourner à sa fonction régulière; par contre, je consens à ce que cette personne soit **assignée temporairement** à un travail adapté tel que proposé ci-dessous:

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| ☐ travail de bureau, clérical | ☐ préparation | ☐ autre : _____ |
| ☐ supervision, surveillance | ☐ corrections | |
| ☐ tutorat | ☐ photocopies | |

☐ qu'elle doit être retirée du travail immédiatement, mais je consens à ce qu'on communique avec moi pour valider le motif de mon refus de l'assignation temporaire proposée.

Prochaine visite le : _____ Signature du médecin : _____

Téléphone : _____ Numéro de pratique : _____

Télécopieur : _____ Date : _____

Remplir le formulaire d'assignation temporaire est un acte rémunéré par la RAMQ sous le code n° 9971.