

Le Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction prévoit une protection d'assurance salaire en cas d'invalidité totale (à certaines conditions). Voici la marche à suivre pour déposer une demande de prestations d'assurance salaire de courte durée (11A-B).

## DÉCLARATION DE L'ASSURANCE EMPLOI

**11A**

Le régime public d'assurance-emploi administré par Emploi et développement social Canada (EDSC) est le premier payeur en cas d'invalidité. Il est donc nécessaire que vous déposiez une demande d'assurance-emploi en prestations maladie (même si vous n'y êtes pas admissible). De plus, dans certaines situations, une personne peut être admissible à deux demandes consécutives en prestations maladie de l'assurance-emploi.

Afin de pouvoir traiter votre demande d'assurance salaire, nous devons connaître votre admissibilité aux prestations maladie de l'assurance-emploi, que ce soit pour une ou deux demandes.

En vertu de la Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social (L.C. 2005, ch. 34) et la Loi sur la protection des renseignements personnels (L.R.C. (1985), ch P-21.), votre consentement est nécessaire pour autoriser Emploi et développement social Canada à transmettre à la Commission de la construction du Québec (ci-après appelée « La Commission ») la déclaration de l'assurance-emploi et tous renseignements relatifs à celle-ci.

Toutefois, si vous êtes un employeur non visé par la Loi sur l'assurance-emploi, vous n'avez pas à déposer de demande d'assurance-emploi. Veuillez inscrire « non visé » sur le formulaire « Déclaration de l'assurance-emploi (11A) » et retournez-le à la Commission avec votre formulaire « Déclaration du salarié et du médecin traitant (11B) ».

### Comment procéder?

#### 1. Demande en ligne :

Faites une demande d'assurance-emploi en ligne au [servicecanada.gc.ca](http://servicecanada.gc.ca). Si vous n'avez pas accès à Internet, vous pouvez vous rendre dans un Centre Service Canada et utiliser l'un des postes de travail qui s'y trouvent.

2. Remplissez, signez et datez les sections A et B du formulaire « Déclaration de l'assurance-emploi (11A) » ci-joint.

3. Postez le formulaire « Déclaration de l'assurance-emploi (11A) » à l'adresse suivante : Service Canada, Case postale 60, Boucherville (Québec), J4B 5E6. Vous pouvez également le déposer en personne dans un Centre Service Canada.

4. Service Canada retournera directement à la Commission le formulaire 11A dûment rempli lorsque votre demande d'assurance-emploi aura été traitée.

**Pour plus de renseignements, communiquez avec le Service à la clientèle de votre région ou au numéro sans frais 1 888-842-8282 ou visitez notre site internet [ccq.org](http://ccq.org) sous la rubrique « MÉDIC Construction ». Vous pouvez également consulter le dépliant « Les protections d'assurance salaire et crédits d'heures »**



## DÉCLARATION DU SALARIÉ

**11B**

Répondez à toutes les questions de la « Déclaration du salarié (11B) ». Si des renseignements sont manquants, cela peut retarder le traitement de votre demande d'assurance salaire. Voici quelques éléments importants à ne pas oublier :

**Section 2 – Renseignements relatifs à l'emploi** - Inscrivez le dernier jour de votre présence au travail.

**Section 3 – Renseignements relatifs à l'invalidité** - Si votre invalidité résulte d'un **accident**, indiquez clairement les circonstances (accident de travail, de véhicule moteur ou autre), la date et l'heure, le lieu et la description détaillée de l'événement.

**Section 4 - Autres revenus** : Cochez « **oui** » ou « **non** » à **chacune des questions** et s'il y a lieu, joindre une copie de toute décision, avis d'acceptation ou premier avis de paiement que vous avez reçu de ces organismes.

**Section 5 - Autorisation du salarié** – Apposez votre signature et indiquez la date. Vous certifiez ainsi l'exactitude des renseignements fournis et vous nous permettez d'obtenir les renseignements supplémentaires nécessaires à l'étude de votre demande de prestations d'assurance salaire.

## DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Ne répondez à aucune question de la « Déclaration du médecin traitant (11B) ». Elle doit être remplie, signée et datée **par un médecin** membre du Collège des médecins du Québec (ou corporation similaire dans une autre province ou état étranger). Si vous êtes assuré, les frais encourus pour faire remplir ce formulaire sont en partie remboursables. Brochez votre reçu original au formulaire 11B.

## CRÉDITS D'HEURES

Vous n'avez pas à remplir le formulaire « Demande de crédits d'heures (15) » en plus de votre « Demande de prestations d'assurance salaire de courte durée (11A-B) ». Si votre demande d'assurance salaire est acceptée, des crédits d'heures vous seront accordés (à certaines conditions).

## TRANSMISSION DE VOTRE DEMANDE

Service Canada retournera directement à la Commission la « Déclaration de l'assurance-emploi (11A) » dûment remplie lorsque votre demande d'assurance-emploi aura été traitée.

Transmettez la « Déclaration du salarié et du médecin traitant (11B) » dûment remplie et signée dans les meilleurs délais dans l'enveloppe-réponse ci-jointe ou à l'adresse indiquée ci-dessous.

Vous ne pouvez exiger de prestations d'assurance salaire pour une période de plus de 30 jours avant la date à laquelle vous soumettez votre demande.

Votre demande doit être transmise à la Commission au plus tard 12 mois après le début de votre invalidité sinon elle sera refusée.

**Nous pourrons donner suite à votre demande d'assurance salaire seulement si vous avez fourni tous les renseignements requis au traitement de votre demande.**

**Si des pièces justificatives supplémentaires sont nécessaires, elles vous seront demandées par une personne autorisée de la Commission.**

**Pour plus de renseignements, communiquez avec le Service à la clientèle de votre région ou au numéro sans frais 1 888-842-8282 ou visitez notre site internet [ccq.org](http://ccq.org) sous la rubrique « MÉDIC Construction ». Vous pouvez également consulter le dépliant « Les protections d'assurance salaire et crédits d'heures »**

VEUILLEZ RETOURNER LE FORMULAIRE  
« DÉCLARATION DU SALARIÉ ET DU  
MÉDECIN TRAITANT (11B) » À L'ADRESSE  
SUIVANTE :



Commission  
de la construction  
du Québec

DIRECTION AVANTAGES SOCIAUX  
SECTION ASSURANCE INVALIDITÉ  
CASE POSTALE 2515  
SUCCURSALE YOUVILLE  
MONTRÉAL (QUÉBEC)  
H2P 0A7

**SECTION A – IDENTIFICATION DU SALARIÉ (À remplir par le salarié)**

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_ N° D'ASSURANCE SOCIALE \_\_\_\_\_

NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT \_\_\_\_\_ VILLE, PROVINCE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE) \_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉPHONE (AUTRE) \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

Ind. rég. Ind. rég. Jour Mois Année

**SECTION B – AUTORISATION DU SALARIÉ (À remplir et signer par le salarié)**

**IMPORTANT**

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, autorise Emploi et développement social Canada (EDSC) à fournir à la Commission de la construction du Québec (CCQ) cette déclaration et tous renseignements relatifs à celle-ci. La présente autorisation sera valide tant que durera l'étude de ma demande de prestations d'assurance salaire et de crédits d'heures.

Les renseignements ainsi transmis ne serviront qu'au traitement de la présente demande et seront accessibles aux seuls employés pour qui ces renseignements sont nécessaires dans l'exercice de leurs fonctions.

\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Jour Mois Année

SIGNATURE DU SALARIÉ

**LES SECTIONS C À I DOIVENT ÊTRE REMPLIES PAR UN AGENT AUTORISÉ DE L'ASSURANCE-EMPLOI**

**Marche à suivre pour remplir le formulaire :**

Lorsque la demande a été déposée ET traitée, remplir les sections appropriées au dossier du prestataire, c'est-à-dire :

<b>Sections C et I</b>	À remplir en tout temps
<b>Section D</b>	À remplir si une demande initiale en prestations maladie a été déposée pour la présente incapacité
<b>Section E</b>	À remplir si une demande a été renouvelée ou convertie en prestations maladie pour la présente incapacité
<b>Section F</b>	À remplir si une demande subséquente a été déposée pour la présente incapacité. Si c'est le cas, vous devez aussi remplir les sections D et E
<b>Section G</b>	À remplir si le salarié est admissible à une demande initiale, renouvelée ou continue en prestations maladie

**SECTION C – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À UNE DEMANDE**

- Le prestataire réclame-t-il des prestations maladie?  OUI  NON
- Si non, le prestataire a-t-il réclamé des prestations (régulières ou maladie) au cours des 52 dernières semaines?  OUI  NON  
Si le prestataire réclame ou a réclamé des prestations maladie, remplir la question 3 ainsi que les sections appropriées  
Si non, passez à la section I, « Certification d'un agent autorisé de l'assurance-emploi »
- La demande a-t-elle été déposée en retard?  OUI  NON  
Si oui, est-ce qu'une demande antidatée a été déposée?  OUI  NON  Acceptée  Refusée

**SECTION D – DEMANDE INITIALE**

- Le prestataire est-il admissible à une demande initiale en prestations maladie?  OUI  NON  
Si oui, quelle est la date de début de la période de prestations? \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année  
Si non, veuillez nous indiquer les raisons : \_\_\_\_\_  
 Cochez ici si un plus grand nombre d'heures d'emploi assurable est requis pour l'admissibilité  
Si le prestataire n'est pas admissible, passez à la section I « Certification d'un agent autorisé de l'assurance-emploi »
- Délai de carence Semaine 1 : \_\_\_\_\_ Semaine 2 : \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année Jour Mois Année
- Le délai de carence a-t-il été supprimé en raison d'un congé de maladie payé par l'employeur?  OUI  NON
- Veuillez inscrire le détail des prestations maladie versées jusqu'à ce jour  
\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année AU \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année AU \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année AU \_\_\_\_\_  
Si vous n'avez pas versé de prestations maladie ou s'il y a eu interruption, veuillez nous en indiquer les raisons à la **section G** « Interruption des prestations maladie »
- Est-ce que la demande est terminée?  OUI  NON



**IMPORTANT**

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT ET NOUS FAIRE PARVENIR L'ORIGINAL DE VOTRE DEMANDE. NOUS POURRONS DONNER SUITE À CETTE DEMANDE D'ASSURANCE-SALAIRE SEULEMENT SI UNE RÉPONSE ADÉQUATE EST FOURNIE À TOUTES LES QUESTIONS APPARAISSANT SUR LE FORMULAIRE.

<b>1</b>	(Écrire en lettres moulées)	<b>IDENTIFICATION DU SALARIÉ</b>	(À remplir par le salarié)	N° D'ASSURANCE SOCIALE
NOM DE FAMILLE				PRÉNOM(S)
NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT				VILLE
COMTÉ, PROVINCE				CODE POSTAL
				DATE DE NAISSANCE
				Année Mois Jour
				N° DE TÉLÉPHONE DE L'ASSURÉ
				Ind. rég.

<b>2</b>	<b>RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI</b>
NOM DE VOTRE DERNIER EMPLOYEUR	N° TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR
VOTRE MÉTIER OU OCCUPATION	DERNIER JOUR DE PRÉSENCE AU TRAVAIL :
	Année Mois Jour

<b>3</b>	<b>RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'INVALIDITÉ</b>
1- PREMIER JOUR D'INCAPACITÉ :	2- VOTRE INCAPACITÉ EST-ELLE TERMINÉE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Année Mois Jour	SI OUI, À QUELLE DATE?
	Année Mois Jour
3- AVEZ-VOUS REPRIS LE TRAVAIL OU ÊTES-VOUS DISPONIBLE POUR UN TRAVAIL? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	DANS LA NÉGATIVE, DATE APPROXIMATIVE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL OU DE VOTRE DISPONIBILITÉ À TRAVAILLER :
	Année Mois Jour
4- S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SI OUI, PRÉCISEZ : ACCIDENT DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> DE VÉHICULE MOTEUR <input type="checkbox"/> AUTRE ACCIDENT <input type="checkbox"/>
PRÉCISIONS SUR L'ACCIDENT :	DATE DE L'ACCIDENT :
	Année Mois Jour À HEURE(S) AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
LIEU DE L'ACCIDENT :	
COMMENT :	
(AU BESOIN UTILISER UNE FEUILLE SUPPLÉMENTAIRE)	
NOM DES TÉMOINS :	IND. RÉG. NO TÉLÉPHONE
	Ind. rég.
5- AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
SI OUI, LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :	ADMISSION LE :
	Année Mois Jour À HEURE(S) AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
	SORTIE LE :
	Année Mois Jour À HEURE(S) AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>

<b>4</b>	<b>AUTRES REVENUS</b>
RECEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ OU DE RETRAITE OU AVEZ VOUS DÉPOSÉ UNE DEMANDE OU AVEZ-VOUS L'INTENTION DE DÉPOSER UNE DEMANDE AUPRÈS DE :	
COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL? (ANCIENNEMENT CSST)	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE-AUTOMOBILE DU QUÉBEC?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
RETRAITE QUÉBEC? (ANCIENNEMENT RRQ)	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
RÉGIME DE RETRAITE DE L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
AUTRE RÉGIME INDIVIDUEL OU COLLECTIF D'ASSURANCE-SALAIRE?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
<b>VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR UNE COPIE DE LA DÉCISION OU DE L'AVIS DU PREMIER PAIEMENT QUE VOUS AVEZ REÇU DES ORGANISMES CI-HAUT MENTIONNÉS.</b>	

<b>5</b>	<b>AUTORISATION DU SALARIÉ</b>
JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DE TOUTS LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS À L'APPUI DE MA DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE.	
J'AUTORISE TOUTE PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE DONNANT DES SERVICES D'ORDRE MÉDICAL (MÉDECINS-HÔPITAUX), DE MÊME QUE LES COMPAGNIES D'ASSURANCES, BUREAU D'ENQUÊTE, EMPLOYEURS, LE BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, LA COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, LA SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, RETRAITE QUÉBEC ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA, À TRANSMETTRE À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) OU À SES REPRÉSENTANTS AUTORISÉS TOUTS LES RENSEIGNEMENTS QU'ILS POSSÈDENT À MON SUJET.	
LES RENSEIGNEMENTS AINSI TRANSMIS À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) NE DOIVENT SERVIR QU'À L'ÉTUDE DE MA DEMANDE DE PRESTATIONS CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS DU RÈGLEMENT SUR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES D'AVANTAGES SOCIAUX DANS L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION. TOUTEFOIS, ILS POURRONT ÊTRE DIVULGUÉS À TOUTE PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE PARTICIPANT À L'ÉTUDE DE CETTE DEMANDE OU À D'AUTRES PERSONNES SI LA LOI L'EXIGE OU SI JE L'AUTORISE EXPRESSÉMENT. LA PRÉSENTE AUTORISATION OU UNE COPIE DE CELLE-CI SERA VALIDE TANT QUE DURERA L'ÉTUDE DE MA DEMANDE.	
SIGNATURE DU SALARIÉ (OBLIGATOIRE)	DATE
	Année Mois Jour
	<b>← IMPORTANT</b>

**EXPÉDIEZ CETTE DEMANDE LE PLUS TÔT POSSIBLE À :**



Commission  
de la construction  
du Québec

DIRECTION AVANTAGES SOCIAUX  
SECTION ASSURANCE INVALIDITÉ  
CASE POSTALE 2515  
SUCCURSALE YOUVILLE  
MONTREAL (QUÉBEC)  
H2P 0A7

**IMPORTANT**

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS EN LETTRES MOULÉES  
CETTE DÉCLARATION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN MÉDECIN MEMBRE DE  
LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS.

**1**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM(S) \_\_\_\_\_ ÂGE \_\_\_\_\_  
OCCUPATION \_\_\_\_\_

**2**

**CIRCONSTANCE**

SELON VOUS, L'AFFECTION POURRAIT-ELLE ÊTRE ATTRIBUABLE À :  
ACCIDENT DE TRAVAIL  UNE MALADIE PROFESSIONNELLE  DE VÉHICULE MOTEUR   
AUTRE ACCIDENT  AUTRE MALADIE

**3**

**DIAGNOSTIC**

**DIAGNOSTIC DE L'INVALIDITÉ ACTUELLE**

A- PRINCIPAL : \_\_\_\_\_  
B- SECONDAIRE : \_\_\_\_\_  
C- SYMPTÔMES SUBJECTIFS : \_\_\_\_\_  
D- SIGNES OBJECTIFS (Y COMPRIS LES RÉSULTATS RÉCENTS DE RADIO, ECG OU AUTRES EXAMENS) : \_\_\_\_\_  
E- À VOTRE CONNAISSANCE  
1- QUAND LES SYMPTÔMES SONT-ILS APPARUS OU L'ACCIDENT A-T-IL EU LIEU? \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour  
2- CE PATIENT A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT D'UNE AFFECTION DE CE GENRE? OUI  NON  DANS L'affirmative, DATE ET PRÉCISIONS : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

**4**

**RÉFÉRENCE**

A- CETTE PERSONNE VOUS A-T-ELLE ÉTÉ RÉFÉRÉE PAR UN AUTRE MÉDECIN : OUI  NON  SI OUI, À QUELLE DATE? \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour  
B- NOM DU MÉDECIN ET SPÉCIALITÉ : \_\_\_\_\_

**5**

**VISITE**

A- DATE DE LA PREMIÈRE VISITE POUR LA PRÉSENTE INVALIDITÉ : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour  
B- DATE DE LA DERNIÈRE VISITE : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour  
C- DATE DE LA PROCHAINE VISITE : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour  
D- TRAITEZ-VOUS CE PATIENT DEPUIS LE DÉBUT DE LA PRÉSENTE INVALIDITÉ? OUI  NON   
E- FRÉQUENCE DES VISITES : HEBDOMADAIRE  MENSUELLE   
AUTRE  PRÉCISEZ : \_\_\_\_\_

**6**

**TRAITEMENT**

A- NATURE DES TRAITEMENTS : \_\_\_\_\_  
B- MÉDICATION PRESCRITE ET POSOLOGIE : \_\_\_\_\_  
C- DATE D'HOSPITALISATION : \_\_\_\_\_ D- DATE DE SORTIE : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour Année Mois Jour  
E- RAISON DE L'HOSPITALISATION (EXAMEN, TRAITEMENT, CHIRURGIE) PRÉCISEZ : \_\_\_\_\_  
F- DATE DE LA CHIRURGIE : \_\_\_\_\_ G- S'AGIT-IL D'UNE CHIRURGIE D'UN JOUR? OUI  NON   
Année Mois Jour  
H- AVEZ-VOUS RÉFÉRÉ LE PATIENT À UN AUTRE MÉDECIN? OUI  NON  SI OUI, DATE : \_\_\_\_\_ DATE DES VISITES : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour  
NOM DU MÉDECIN ET SPÉCIALITÉ : \_\_\_\_\_

**7**

**INCAPACITÉ**

A- CETTE PERSONNE A ÉTÉ TOTALEMENT INVALIDE (INCAPABLE D'EFFECTUER LES TÂCHES HABITUELLES DE SA FONCTION) DU : \_\_\_\_\_ AU : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour Année Mois Jour  
B- SI ELLE EST TOUJOURS INVALIDE, VERS QUELLE DATE POURRAIT-ELLE REPRENDRE SON TRAVAIL? \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour  
C- SI LA DATE EST INDÉTERMINÉE, NOMBRE DE SEMAINES ADDITIONNELLES ESTIMÉES NÉCESSAIRES AVANT LA REPRISE DU TRAVAIL? \_\_\_\_\_  
D- QUELLE A ÉTÉ OU SERA LA DURÉE DE L'INVALIDITÉ PARTIELLE? (CAPACITÉ DE REPRENDRE À TEMPS PARTIEL L'EXERCICE DE SON OCCUPATION) : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour  
E- EN QUOI L'AFFECTION DU PATIENT INFLUE-T-ELLE SUR SA CAPACITÉ DE TRAVAILLER? \_\_\_\_\_  
REMARQUES : \_\_\_\_\_

**8**

**IDENTIFICATION DU MÉDECIN**

NOM DU MÉDECIN \_\_\_\_\_ ADRESSE \_\_\_\_\_  
OMNIPRATICIEN  SPÉCIALISTE  PRÉCISEZ : \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU MÉDECIN \_\_\_\_\_ Année Mois Jour  
Ind. rég. \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ N° de permis \_\_\_\_\_