

Agriculture and Agri-Food Canada (AAFC)
Agriculture et Agroalimentaire Canada (AAC)
 Workplace Wellness Programs / Programmes du mieux-être en milieu de travail

Demande de services d'adaptation en milieu de travail**Réservé à l'usage d'AAC**

N° de dossier :

__ Évaluation fonctionnelle __ ÉMI

SECTION 1 : COORDONNÉES DE L'EMPLOYÉ

Prénom et nom de famille de l'employé		Titre du poste			
Région	Direction générale		Direction		
Lieu de travail (y compris le n° d'étage)		Étage	Ville	Province	Code postal
N° de téléphone au travail (ou à domicile s'il n'y a pas de n° au travail)		Courriel au travail (ou à domicile s'il n'y a pas de courriel au travail)			
- - poste					

L'employé aimerait recevoir toute la correspondance en :

 Anglais Français

L'employé peut-il recevoir des courriels de l'extérieur?

 Non Oui**SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'EMPLOYÉ (à remplir par l'employé et le gestionnaire)**

1. Décrivez brièvement la raison de cette demande d'adaptation

Obstacles et difficultés	Comment ceci affecte l'employé dans l'exécution des tâches de son poste (p. ex., tâches particulières, accès au lieu de travail)

2. Veuillez indiquer l'historique d'emploi et les renseignements pertinents sur le poste actuel

Nombre d'années de service : ____ années

Nombre d'années d'exercice dans les fonctions actuelles : ____ années

Statut :

- Temps plein
 Temps partiel

Heures régulières de travail :

- Lundi, de ____ à ____
 Mardi, de ____ à ____
 Mercredi, de ____ à ____
 Jeudi, de ____ à ____
 Vendredi, de ____ à ____
 Samedi, de ____ à ____
 Dimanche, de ____ à ____

Heures de travail actuelles :

 Même que l'horaire régulier ou :

- Lundi, de ____ à ____
 Mardi, de ____ à ____
 Mercredi, de ____ à ____
 Jeudi, de ____ à ____
 Vendredi, de ____ à ____
 Samedi, de ____ à ____
 Dimanche, de ____ à ____

3. Décrivez les tâches de l'emploi ou annexe la description d'emploi

4. Décrivez les solutions d'adaptation proposées

Durée prévue de la solution demandée ou proposée

- Temporaire : _____
 Permanent: _____

Y a-t-il un autre plan de travail?

- Oui Non

Le cas échéant, décrivez-le (ou annexe-le)

L'employé a-t-il déjà demandé des mesures d'adaptation en raison d'obstacles ou de difficultés connexes ou similaires?

- Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont, à ma connaissance, complets et exacts et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de l'information fournie dans le présent formulaire afin de répondre à ma demande d'adaptation au travail et à d'autres objectifs secondaires connexes ou raisonnables.

Signature de l'employé

Date

SECTION 3 : CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS (à remplir par l'employé)

Je, (prénom et nom de l'employé) _____, **AUTORISE PAR LA PRÉSENTE *agent d'évaluation*** à mener une évaluation en milieu de travail.

L'évaluation a pour objectif de déterminer **LES LIMITES ET LES DIFFICULTÉS** auxquels je suis confronté dans l'exécution de mes tâches et à permettre à l'évaluateur de formuler des recommandations pour atténuer ces difficultés.

Sachant **QU'AUCUN RENSEIGNEMENT MÉDICAL CONFIDENTIEL NE SERA DIVULGUÉ SANS MON CONSENTEMENT ÉCRIT**, j'accepte que *agent d'évaluation* fournisse une interprétation de cette évaluation aux Ressources humaines et à _____, mon gestionnaire/superviseur, à qui reviendra la responsabilité de mettre en œuvre les recommandations.

Je comprends que les **renseignements recueillis par *agent d'évaluation* ne seront pas versés à mon dossier d'emploi personnel**, mais qu'on pourra s'y référer lors d'évaluations fonctionnelles futures pour l'adaptation en milieu de travail.

Je déclare que je donne mon consentement de façon volontaire, compte tenu de ce qui précède. Je comprends que je peux retirer ce consentement **par écrit** en tout temps.

Signature de l'employé

Date

SECTION 4 : RENSEIGNEMENTS SUR LE COORDONNATEUR, GESTION DE L'INCAPACITÉ

Prénom et nom de famille du Coordonnateur, Gestion de l'incapacité

N° de téléphone au travail

- - poste

Courriel du conseiller en relations de travail

c/o aafc.accommodatedutyto-adaptationmesures.aac@canada.ca

Le gestionnaire a-t-il déjà consulté le Coordonnateur, Gestion de l'incapacité? Oui Non

SECTION 5 : RENSEIGNEMENTS SUR LE GESTIONNAIRE ET APPROBATION (à remplir par le gestionnaire)

Prénom et nom de famille du gestionnaire

Titre

N° de téléphone du gestionnaire

- - poste

Courriel du gestionnaire

J'ai examiné cette demande et approuvé la tenue d'une évaluation en milieu de travail pour cet employé. Je comprends que je recevrai des recommandations à examiner et que je serai chargé de mettre en œuvre un plan d'adaptation raisonnable pour répondre à cette demande.

Signature du gestionnaire

Date

Veillez envoyer le formulaire complété et signé à : [Accommodate duty to / Adaptation mesures \(AAFC/AAC\)](#)
