



Directive - L'employeur doit remplir ce formulaire le jour même où l'employé reprend le travail après avoir touché des prestations d'invalidité.

N° de contrat/groupe	N° de compte/division	N° de certificat	Nom de l'employé								
Date du retour au travail		Heure	Base								
<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>JJ</td> <td>MM</td> <td>AA</td> <td> </td> </tr> </table>						JJ	MM	AA		<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel
JJ	MM	AA									

Si l'employé était en mesure de reprendre le travail plus tôt mais qu'il ne se soit pas présenté à cause d'un manque de travail ou pour toute autre raison, donnez la date à laquelle l'employé aurait pu reprendre son travail ainsi qu'une explication détaillée. Veuillez ajouter une feuille additionnelle, s'il y a lieu.

Date Nom du preneur

Signataire autorisé de l'employeur