CSST Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec

Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite

N° de dossier à la CSST

A - Identification de la travailleuse et objet de la consultation

Nom et prénom à la naissance

N° d'assurance-maladie

Adresse

N° d'assurance sociale

Code postal

Ind. rég. N° de téléphone

Catégorie de la demande ▶ ☐ Grossesse — Date prévue de l'accouchement: Année Mois Jour ▶ ☐ Allaitement — Date de naissance de l'enfant allaité: Année Mois Jour

Décrivez

Nature des dangers appréhendés par la travailleuse

Signature de la travailleuse

B - Identification du lieu de travail et description de l'emploi de la travailleuse

Raison sociale de l'employeur

Adresse du lieu de travail — Code postal

Poste de travail et département où la travailleuse exécute ses tâches — Titre de l'emploi

Nom et fonction de la personne avec qui l'on peut communiquer dans l'entreprise — Ind. rég. N° de téléphone

C - Consultation obligatoire en vertu de la loi

(Le médecin responsable des services de santé de l'établissement n'a pas à remplir cette section s'il émet le certificat.)

Nom du médecin consulté — En qualité de ▶ ☐ médecin responsable de l'établissement ☐ chef du DSC ☐ médecin désigné

Nom du département de santé communautaire — Ind. rég. N° de téléphone

Réception du Rapport de consultation ▶ ☐ par téléphone ou ☐ par écrit — Date: Année Mois Jour

D - Rapport médical

Selon vous, quelles sont les conditions de travail comportant des dangers physiques pour l'enfant à naître ou allaité ou pour la travailleuse à cause de son état de grossesse?

Est-ce que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail? ☐ Oui ☐ Non ▶ IMPORTANT Pour bénéficier d'un retrait préventif ou d'une affectation, la travailleuse doit être apte à un travail

E - Attestation

☐ **J'atteste que les conditions de travail de la travailleuse comportent des dangers physiques pour elle-même, à cause de son état de grossesse, ou pour l'enfant à naître ou allaité.**

Pour les cas de grossesse seulement

Indiquer le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation

Date du retrait préventif ou de l'affectation: Année Mois Jour

☐ Médecin traitant ☐ Médecin responsable de l'établissement — Nom du médecin (en lettres moulées) — N° de corporation — Ind. rég. N° de téléphone

Signature — Date: Année Mois Jour — Date de remise du certificat à la travailleuse: Année Mois Jour

Suggestion(s) à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier).

La travailleuse doit remettre ce certificat dûment rempli à son employeur. Toutefois, l'absence de suggestions faites à l'employeur n'invalide pas le certificat.