



Numéro de réclamation

F6

Cette description d'emploi vous est demandée à la suite :

d'un accident ou  d'une rechute

Ce formulaire permet à la Société d'établir la période d'incapacité liée à l'emploi précisé plus bas. Veuillez le remplir avec soin afin que nous puissions rendre une décision juste et complète. La Société se réserve le droit de communiquer avec l'employeur pour obtenir des précisions supplémentaires.

**Renseignements sur la personne accidentée**

Vous devez remplir cette section.

Nom de famille à la naissance

Année Mois Jour

Prénom

Date de l'accident ou de la rechute, selon le cas.

**Emploi**

Vous devez faire remplir cette section par l'employeur.

Nom ou raison sociale de l'employeur

Adresse  
Numéro

Rue

Case postale

Ville, village ou municipalité

Province ou État

Pays

Code postal

Appellation d'emploi

Date d'entrée en fonction  
Année Mois Jour

Date de fin prévue (s'il y a lieu)  
Année Mois Jour

Veuillez décrire les principales responsabilités liées à l'emploi.

Permettez-vous à votre employé d'effectuer :  
 • un retour au travail progressif?  Oui  Non  
 • des tâches allégées?  Oui  Non

Veuillez indiquer par un crochet les qualités personnelles requises pour occuper cet emploi.

Autonomie, esprit d'initiative, dynamisme

Sens des responsabilités

Facilité d'adaptation, ouverture d'esprit, patience, entregent

Esprit critique, d'analyse et de synthèse

Endurance (vs fatigabilité)

Facilité à communiquer, diplomatie, discrétion, courtoisie, persuasion

Sens de l'organisation, discipline

Résistance au stress



Numéro de réclamation

Emploi

Veillez indiquer par un crochet les caractéristiques physiques nécessaires pour occuper cet emploi.

Capacités physiques

Vision

Avoir un champ visuel global

Perception sensorielle

Distinguer les odeurs, Distinguer les sons, Communiquer verbalement

Coordination des membres

Coordonner les mouvements de ses membres supérieurs, Coordonner les mouvements de ses membres supérieurs et inférieurs

Force physique

Soulever un poids, d'au maximum 5 kg, de 10 kg à 20 kg, d'au maximum 10 kg, de 20 kg ou plus

Position corporelle

Rester assis durant de longues périodes, Rester debout ou marcher durant de longues périodes, Travailler dans des positions inconfortables

Précisez le pourcentage de chacune des positions au cours d'une journée de travail

Table with 5 columns: Position, %, Par intervalles, Prolongée (20 minutes), Précisez. Rows include Marche, Debout, Assise.

Mouvements répétitifs ou fréquents : % Précisez : cou, dos, autre :

Environnement physique

Lieu de travail

À l'intérieur, À l'extérieur

Conditions ambiantes

Endroit où il y a des variations de température, Endroit où il y a du bruit, Endroit où il fait froid, Endroit où il y a des vibrations, Endroit où il fait chaud, Endroit où il y a de la poussière

Risques

Risques à éviter dans le milieu de travail, précisez :

Autres caractéristiques

Déclaration

J'atteste que cette description est conforme à l'emploi occupé au moment de l'accident ou de la rechute, selon le cas.

Signature de la personne autorisée

Date Année Mois Jour

Signature de la personne accidentée majeure ou du représentant de la personne accidentée

Date Année Mois Jour

X Nom (en caractères d'imprimerie)

X

Titre ou fonction

Téléphone

NE RIEN ÉCRIRE ICI

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :

Service en ligne Envoi de documents : saaq.gouv.qc.ca Télécopieur : 1 866 289-7952

Poste: Société de l'assurance automobile du Québec Case postale 2500, succursale Terminus Québec (Québec) G1K 8A2

Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.