

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.
 Lorsqu'une possibilité de retour au travail est trouvée, le psychologue doit remplir le présent formulaire.

A. Renseignements sur la personne blessée ou malade			
Nom de famille		Prénom	
Adresse		Ville	Province
		Code postal	
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)		Date de l'incident (jj/mmm/aaaa)	
En signant ci-dessous, j'autorise la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) à fournir à mon employeur le présent formulaire qui se rapporte à mes capacités fonctionnelles.			
Signature			Date (jj/mmm/aaaa)
<p>Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.</p>			

B. Renseignements sur le professionnel de la santé				
Nom du psychologue			Nom de l'établissement	
Adresse				
Ville	Province	Code postal	Téléphone	
N° de fournisseur de la WSIB	Votre numéro de facture	Date de la visite (jj/mmm/aaaa)	Code de service MHPRTW	
Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire.				
Numéro d'inscription à la TVH		Code de service ONHST	Montant de TVH facturé	

Lorsqu'une possibilité de retour au travail est trouvée, veuillez résumer vos recommandations à cet égard, lesquelles seront communiquées à la personne blessée ou malade et à son employeur.

<p>Voici mes recommandations concernant le retour de travail :</p> <p style="text-align: center;">Retour au travail au maximum des capacités OU Retour au travail avec des restrictions/limitations/adaptations</p>
<p>1. Restrictions/limitations/adaptations recommandées :</p>
<p>2.</p>

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

3.

4.

5.

Durée prévue des restrictions/limitations/adaptations

Nom du psychologue	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
--------------------	-----------	--------------------

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.