

chapitre S-2.1, r. 3

À jour au 1^{er} mai 2017**Règlement sur le certificat délivré pour le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite****Loi sur la santé et la sécurité du travail**

(chapitre S-2.1, a. 40, 46 et 223)

1. La forme et la teneur du certificat délivré pour le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite doivent être conformes à la formule prévue à l'annexe I.

D.806-92, a.1.

2. Le présent règlement remplace le Règlement sur le certificat délivré pour le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (R.R.Q., 1981, c. S-2.1, r. 2), remplacé par le Règlement sur le certificat délivré pour le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (Décision 81-12-17) (Suppl. p. 1165)).

D.806-92, a.2.

3. (Omis).

D.806-92, a.3.

ANNEXE I

(a. 1)

CERTIFICAT VISANT LE RETRAIT PRÉVENTIF ET L'AFFECTATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

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

A- Identification de la travailleuse et objet de la consultation

N° de dossier à la CSST

Nom et prénom à la naissance

N° d'assurance-maladie

N° d'assurance sociale

Adresse

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

Nature des dangers appréhendés par la grossesse

Décrivez

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 x médecin responsable de l'établissement x chef du DSC x mé

Nom du département de santé communautaire

Ind. rég.

N° de téléphone

Réception du Rapport de consultation x par téléphone ou x 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 f

Est-ce que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail ? x Oui x Non

IMPORTANT

Pour bénéficier d'un retrait préventif ou d'une affectation, la travailleuse doit être apte à un travail

E- Attestation

x J'atteste que les conditions de travail de la travailleuse comportant des dangers physiques pour elle-même, à caus

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

x Médecin traitant x 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'

D. 806-92, Ann. I.

RÉFÉRENCES

D. 806-92, 1992 G.O. 2, 3916