



## VOS DROITS EN CNESST EN BREF

AVRIL 2025

## VOS DROITS EN CNESST EN BREF

### QUELQUES DÉFINITIONS

CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

LATMP : Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

DRA : première instance pour contester une décision de la CNESST

TAT : Tribunal administratif du travail : instance pour contester les décisions de la révision administrative et certaines décisions de la CNESST – voir annexe ou [Contestation d'une décision de la CNESST en santé et sécurité du travail - Tribunal administratif du travail \(gouv.qc.ca\)](http://www.gouv.qc.ca).

PLAINTÉ 32 : moyen pour le travailleur de déposer une plainte à la CNESST s'il croit avoir été l'objet de toute sanction à la suite d'une lésion professionnelle ou de l'exercice d'un droit ou d'une fonction que lui confère la loi (LAMTP) article 32 de LATMP.

ADR : avis de l'employeur et demande de remboursement

APIPP : atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique

BEM : bureau d'évaluation médicale. Il intervient en cas de divergences d'opinion médicale entre le médecin qui a charge du travailleur et le médecin désigné par l'employeur ou par la CNESST.

BM : billet médical et/ou RME (rapport médical)

IPC/IDC : indemnité pour préjudice corporel et/ou pour dommages corporels

IRR : indemnité de remplacement du revenu

LF : limitations fonctionnelles

REM : rapport d'évaluation médicale

RMF : rapport médical final

RRA : rechute, récurrence ou aggravation

RTR : réclamation du travailleur

PO : période obligatoire (14 premiers jours)

## **QU'EST-CE QU'UN ACCIDENT DE TRAVAIL ET UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?**

### **Article 2 de la LATMP**

C'est un évènement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle.

### **Article 28 de LATMP**

Une blessure qui arrive sur les lieux du travail alors que le travailleur est à son travail est présumée une lésion professionnelle.

### **Article 28.1 de LATMP**

Un travailleur atteint d'une maladie dont le diagnostic est une atteinte auditive causée par le bruit peut produire une réclamation pour maladie professionnelle s'il satisfait aux critères d'admissibilité prévus par règlement.

### **Article 29 de LATMP**

Un travailleur est présumé atteint d'une maladie professionnelle s'il est atteint d'une maladie prévue par règlement et si, au jour où il reçoit le diagnostic de cette maladie, il remplit les conditions particulières en lien avec cette maladie prévue par règlement.

### **Article 30 de LATMP**

Un travailleur qui n'est pas présumé atteint d'une maladie professionnelle en vertu de l'article 29 est considéré atteint d'une maladie professionnelle :

1. Lorsqu'il est atteint d'une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail qui ne résulte pas d'un accident du travail ni d'une blessure ou d'une maladie causée par un tel accident;
2. Lorsqu'il démontre à la Commission que sa maladie est caractéristique d'un travail qu'il a exercé ou qu'elle est reliée directement aux risques particuliers de ce travail.

### **Article 31 de LATMP**

Est considérée une lésion professionnelle, une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion :

1. Des soins qu'un travailleur reçoit pour une lésion professionnelle ou de l'omission de tels soins;

2. D'une activité prescrite au travailleur dans le cadre des traitements médicaux qu'il reçoit pour une lésion professionnelle ou dans le cadre d'une mesure de réadaptation ou de son plan individualisé de réadaptation.

Cependant, le premier alinéa ne s'applique pas si la blessure ou la maladie donne lieu à une indemnisation en vertu de la Loi sur l'assurance automobile ([chapitre A-25](#)), de la Loi visant à favoriser le civisme ([chapitre C-20](#)) ou de la Loi visant à aider les personnes victimes d'infractions criminelles et à favoriser leur rétablissement ([chapitre P-9.2.1](#)).

## **QUOI FAIRE LORSQU'UN ACCIDENT DU TRAVAIL SURVIENT**

- 1- Le travailleur doit déclarer immédiatement l'évènement à son supérieur, en remplissant la déclaration (ceci n'est pas la réclamation à la CNESST) (voir annexe A-1). Il est important que ce soit le travailleur qui remplisse le document et non l'employeur qui lui indique quoi écrire.
  - Le travailleur doit conserver une copie des documents qu'il a remplis;
- 2- Si l'évènement a des risques d'entraîner un arrêt de travail, celui-ci doit consulter un médecin le plus rapidement possible.

Si le médecin remplit une attestation médicale (qu'il y ait arrêt de travail ou assignation temporaire ou travaux légers ou traitement), le membre doit remplir une réclamation à la CNESST (voir annexe A-2).

Le formulaire de réclamation du travailleur est en ligne sur le site de la CNESST : [Réclamation du travailleur \(RTR\) | Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - CNESST \(gouv.qc.ca\)](#), ainsi que dans plusieurs cliniques médicales, dans le bureau du syndicat et dans les bureaux de la CNESST.

Si le travailleur le fait seul, il doit faire parvenir le papier médical, ainsi que la réclamation, au bureau de santé et à la CNESST. Sinon, nous pouvons le faire parvenir pour lui.

Il est important que les travailleurs n'attendent pas trop pour effectuer leur réclamation à la CNESST. Pour qu'une réclamation soit recevable, elle doit être effectuée dans un délai de six (6) mois suivant l'évènement.

Si le travailleur voit son dossier refusé par la CNESST, nous devons contester la décision, de même que les décisions de la révision administrative du travail. **Nous avons trente (30) jours pour effectuer la contestation de la décision et 60 jours pour contester au TAT la décision de la révision** et ce, à la réception de la décision.

Si le travailleur désire être représenté, un mandat de représentation doit être rempli et envoyé à la CNESST. (voir annexe A-3)

**IMPORTANT : AUSSITÔT QUE LA RÉCLAMATION EST EFFECTUÉE, SI DES TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE OU AUTRES SONT PRESCRITS, LES SOINS SERONT PAYÉS PAR LA CNESST, ET CE, JUSQU'À LA DÉCISION RENDUE. Si la décision est refusée, arrêt des paiements et des traitements; si elle est acceptée, ils continuent d'être assumés par celle-ci.**

## **RÉMUNÉRATION**

Journée où survient l'accident.

Payé à 100 % par l'employeur (avec papier médical le même jour).

### **LES 14 PREMIERS JOURS (si arrêt de travail)**

Payés par l'employeur à 90 % du revenu net (incluant le temps supplémentaire et les primes que la personne aurait effectués).

Si le travailleur n'est pas bien rémunéré pendant les 14 premiers jours de l'arrêt complet et lors de l'assignation temporaire, il est important de mentionner que comme pour les décisions de la CNESST, nous avons 30 jours à la suite de la prise de connaissance (soit à la réception de la paie) pour contester.

En cas de refus de la réclamation, cette somme doit être remboursée à la CNESST par le travailleur.

### **SI L'ARRÊT DE TRAVAIL SE POURSUIT APRÈS LES 14 PREMIERS JOURS**

Payé par l'employeur à 90 % du revenu net (le revenu doit être basé sur le salaire effectué dans les 12 derniers mois précédant l'évènement incluant le temps supplémentaire et les primes) ou le plus avantageux pour le travailleur.

Cependant, si le travailleur a effectué du temps supplémentaire et a droit à des primes, l'employeur n'est pas tenu de l'indiquer dans l'ADR. Si le travailleur à plus d'un emploi et qui est inapte à occuper ceux-ci, il doit inclure le salaire des deux emplois. **C'est au travailleur de demander une revalorisation salariale, et ce, dans les 30 jours suivant le premier paiement par l'employeur (base salariale) (articles 67 et 124 à 126).**

**Pour effectuer la revalorisation salariale, le travailleur doit faire parvenir ses 26 derniers relevés de paie de la date de l'évènement, en reculant de 12 mois).**

Important : même si vous avez été mandaté dans le dossier de la CNESST, le travailleur a la responsabilité de vous informer de toute correspondance en relation avec son dossier. Il devra aussi vous faire parvenir tous les documents, surtout les décisions, pour être en mesure de bien le représenter, car la CNESST ne vous fera pas parvenir lesdites décisions.

Important : le travailleur ne doit pas signer un document donnant accès à son dossier médical complet à moins que ce document spécifie la date précise de l'accident de travail. Le bureau de santé ne peut entrer en contact avec le médecin du travailleur; il doit passer par le médecin désigné par l'employeur.

## **SUIVI MÉDICAL ET EXPERTISES**

Après la réception d'une attestation médicale, l'employeur et la CNESST peuvent faire expertiser le travailleur. (Articles 204-209).

À la suite de cette expertise, un avis complémentaire ainsi que l'expertise sont envoyés au médecin traitant pour savoir s'il est en accord avec l'opinion du médecin désigné.

Si le médecin du travailleur est en accord, la finalité de l'expertise devient décisive.

Si le médecin du travailleur est en désaccord, la CNESST demandera alors au bureau d'évaluation médicale (BEM) de trancher entre les deux opinions médicales.

Le travailleur va recevoir l'expertise du bureau d'évaluation médicale et par la suite, la CNESST rendra une décision qui deviendra finale et exécutoire.

Nous avons 30 jours à la suite de la décision de la CNESST pour contester si le médecin traitant est en désaccord ou en protection s'il ne s'est pas prononcé encore. (pour cette décision, elle peut être contestée directement au Tribunal administratif du travail).

## **ASSIGNATION TEMPORAIRE**

### **ARTICLE 179 DE LA LATMP**

- C'est le médecin traitant du travailleur qui a le dernier mot (le travailleur peut la contester quand même);

- Si le travailleur a de la douleur et qu'il ne se voit pas capable de continuer l'assignation, il reprend un rendez-vous avec son médecin. Seul le médecin peut mettre fin à l'assignation. Important : en informer votre agent de la CNESST;
- Si l'employeur ne respecte pas l'assignation remplie par le médecin, le travailleur peut vous appeler ainsi que la CNESST, et une démarche sera effectuée avec le représentant de l'employeur.

## **ARTICLE 180 DE LA LAMTP**

L'employeur verse au travailleur qui fait le travail qu'il lui assigne temporairement le salaire et les avantages liés à son emploi et dont il bénéficierait s'il avait continué à l'exercer.

Le travailleur a droit :

- Aux fonctions supérieures qu'il aurait accomplies
- Aux primes
- Au temps supplémentaire

Si ce n'est pas le cas (comme mentionné plus haut), le travailleur doit vous contacter pour le dépôt d'une plainte 32. Nous avons 30 jours à la suite à la prise de connaissance, soit la réception du talon de paie.

## **RÉADAPTATION**

Si le travailleur conserve des limitations fonctionnelles, celui-ci a droit à une réadaptation autant sur le plan social, physique que professionnel. Article 145 LATMP.

En effet, le travailleur peut demander d'avoir accès à des services à son domicile, s'il est dans l'incapacité d'accomplir des tâches comme l'entretien de la maison (peinture, déneigement, etc.). Il est important d'effectuer la demande lors de la réadaptation. Articles 152 de LATMP et suivants.

En ce qui a trait à la réadaptation professionnelle, l'employeur a une obligation d'accommodement. Si le travailleur, à la suite de ses limitations, n'est pas apte à occuper son emploi, nous devons regarder les emplois disponibles qu'il serait en mesure d'accomplir chez l'employeur. Article 170 de LATMP, si l'emploi est à un salaire moindre, une indemnité de remplacement du revenu réduite doit être déterminée.

Il est important de bien préparer la rencontre avec le membre avant celle de réadaptation avec la CNESST et l'employeur.

Vérifier avec lui ce qu'il croit ne plus être en mesure de faire, regarder les accommodements possibles à diverses tâches et lui expliquer aussitôt la suite des choses s'il n'est pas en mesure de refaire son emploi ou un emploi équivalent.

Si c'est une contrainte excessive pour l'employeur d'accommoder le travailleur dans son emploi ou un emploi équivalent, la CNESST va déterminer un emploi que le membre est en mesure de faire ailleurs sur le marché du travail. Une fois l'emploi déterminé, s'il y a une différence de revenu, la CNESST versera au travailleur la différence entre le 90 % du salaire initial et le salaire de l'emploi déterminé. Articles 171 de LATMP et suivants.

## ANNEXE A-1

**Déclaration, enquête et analyse d'un événement accidentel ou d'une situation dangereuse / Declaration, investigation and analysis of an accident or a dangerous situation**

Accident  Situation Dangereuse (aucun accident n'est survenu)  Dangerous Situation (no accident occurred)

**I- Identification de l'employé(e) déclarant l'événement accidentel ou la situation dangereuse / General Information**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ N° d'employé(e) : \_\_\_\_\_  
Full name : \_\_\_\_\_ Employee ID : \_\_\_\_\_

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_  
Job title : \_\_\_\_\_

Installation : \_\_\_\_\_ Téléphone de contact : \_\_\_\_\_  
Contact phone : \_\_\_\_\_

Année d'expérience au poste : \_\_\_\_\_ Syndicat :  SCFP  SQUEES  RSFQ  
Years of experience in current position : \_\_\_\_\_  
 SCFP Prévost  APTS  FIQ  APES

Statut d'emploi / Employment Status :  Temps complet / Full time  Temps partiel / Part-time  Occasionnel / Occasional

**II- Description de l'événement (à remplir par l'employé) / Description of the event (to be completed by the employee)**

Quel était votre horaire de travail au moment de l'événement accidentel?  Jour / Day  Soir / Evening  Nuit / Night  TS / Overtime  
What was your work schedule at the time of the incident?

Date de l'événement (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Heure (0-24h) /Time: \_\_\_\_\_  
Incident date (yyyy/mm/dd) : \_\_\_\_\_

Lieu exact (Ex.: salle de bain, # chambre, stationnement, etc.): \_\_\_\_\_  
Exact Location (Ex.: bathroom, room number, parking lot, etc.): \_\_\_\_\_

Unité / Service: \_\_\_\_\_

Nom des témoins oculaires (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_  
Eyewitness names (if applicable): \_\_\_\_\_

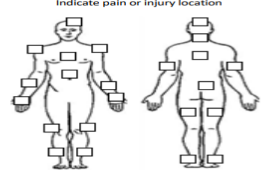
Avez-vous reçu des premiers soins? Si oui, précisez:  Non / No  Oui / Yes \_\_\_\_\_  
Did you receive first aid? If yes, specify: \_\_\_\_\_

Nom de la personne qui a donné les premiers soins: \_\_\_\_\_  
Name of the person who gave first aid: \_\_\_\_\_

Site(s) de la lésion / Site of injury: \_\_\_\_\_

Nom du supérieur avisé / Name of notified superior : \_\_\_\_\_  
Nom du gestionnaire / Name of manager : \_\_\_\_\_  
Téléphone du gestionnaire / Manager phone number : \_\_\_\_\_  
Date et heure que le superviseur a été avisé (AAAA/MM/JJ): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Date and time that the superior was notified (yyyy/mm/dd): \_\_\_\_\_

Indiquer le(s) site(s) de la douleur ou de la blessure  
Indicate pain or injury location



Dommages matériels:  
Property damages: \_\_\_\_\_

Description de l'événement accidentel ou de la situation dangereuse :  
Description of the accident:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Que suggérez-vous pour qu'une situation semblable ne se reproduise pas?  
What are your suggestions to prevent a similar situation?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et conformes à ce qui s'est produit  
I confirm that the information provided is correct and consistent with what happened

Signature de l'employé(e): \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Employee signature: \_\_\_\_\_ Date (yyyy/mm/dd): \_\_\_\_\_

Envoyez le formulaire avec les parties I et II remplies à votre gestionnaire afin de compléter la section III  
Send the form with the sections I and II filled to your manager to complete the section III

**III- Enquête et analyse (à remplir par le gestionnaire) / Investigation and analysis (to be completed by the manager)**

À quelle activité était affecté l'employé(e) au moment de l'événement accidentel?  
What activity was the employee assigned to at the time of the accident?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quart de travail complété / Shift completed  A quitté pour consultation médicale / Left for medical consultation

Causes et facteurs ayant contribué à l'événement / Causes and factors contributing to the event	Comment ce facteur contribue à l'événement? / How does the factor contribute to the incident?
<input type="checkbox"/> Équipements (Bruit, espace encombré, éclairage, etc.) Equipments (Noise, crowded space, lighting, etc.)	
<input type="checkbox"/> Tâches (Inobservance des règles de sécurité, cadence de travail, posture de travail, etc.) Tasks (Non-respect of safety guidelines, work pace, posture, etc.)	
<input type="checkbox"/> Personnes/Travailleur (Formation, méthode de travail, expérience, etc.) People/Worker (training, work method, experience, etc.)	
<input type="checkbox"/> Environnement (Lit, civière, chariot, outils, lève-personne, etc.) Environment (Bed, stretcher, cart, patient lift, etc.)	
<input type="checkbox"/> Organisation du travail (Communication, procédure absente, ambiance de travail, etc.) Work organisation (Communication, lack of procedure, work climate, etc.)	
<input type="checkbox"/> Personnes/Usagers/Tiers (Client, famille, etc.) People/Users/Third party (Client, family, etc.)	

Mesures préventives ou correctives / Corrective or preventive measures	Responsable (nom) / Responsible (name)	Échéancier (AAAA/MM/JJ) / Timeline (yyyy/mm/dd)

Commentaires :  
Comments :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du gestionnaire : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
Name of manager : \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Date (yyyy/mm/dd): \_\_\_\_\_

Envoyez les sections I à III du formulaire complétées au / Send the sections I to III of the form completed to: Courriel / E-mail : [preventionssmet.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:preventionssmet.comtl@ssss.gouv.qc.ca)  
Télécopieur / Fax : 514-457-8423

**IV- Service de prévention et de promotion de la santé / Prevention and health promotion dept.**

Nom de l'agent de gestion en prévention responsable: \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Name of the assigned prevention agent: \_\_\_\_\_ Date (yyyy/mm/dd): \_\_\_\_\_

## ANNEXE A-2

SECTION 2 (3 COPIES)

À l'usage de la CNESST	
N° de dossier du travailleur	_____
Poste de travail	_____

1 • Renseignements sur le travailleur	
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	N° d'assurance maladie _____
Prénom	N° d'assurance sociale _____
Adresse du domicile N° Rue App	Date de l'événement A A A A M M J J
Ville	Date de la récidence, de la rechute ou de l'aggravation A A A A M M J J
Province, pays Code postal _____	Date de naissance A A A A M M J J
Téléphone Téléphone (autre) Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Cochez si vous êtes : <input type="checkbox"/> bénévole <input type="checkbox"/> propriétaire, associé, dirigeant, membre du conseil d'administration, travailleur autonome ou domestique

2 • Renseignements sur l'employeur	
Nom de l'employeur (raison sociale)	À l'usage de la CNESST
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur N° Rue Bureau	N° de dossier d'expérience EXP _____
Ville	Nom de la personne à joindre
Province, pays Code postal _____	Téléphone Poste
	Télocopieur

3 • Lieu de l'événement	
<input type="checkbox"/> Au Québec → <input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (stationnement, cafétéria, etc.) <input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.) <input type="checkbox"/> Hors du Québec, indiquez la province ou le pays si hors du Canada. _____	

4 • Description de l'événement	
Décrivez les circonstances de la lésion professionnelle.	
Profession ou métier exercé lors de l'accident	

5 • Arrêt de travail	
<b>Arrêt de travail</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → A A A A M M J J	<b>Retour au travail</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → A A A A M M J J
<input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignment temporaire d'un travail <input type="checkbox"/> Autre	

6 • Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu	
Situation familiale et nombre de personnes à charge déclarées selon les lois sur l'impôt <input type="checkbox"/> Célibataire Nombre de personne(s) mineure(s) à charge _____ <input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe à charge Nombre de personne(s) majeure(s) à charge _____ <input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe non à charge <input type="checkbox"/> Famille monoparentale (incluant le conjoint)	Revenu annuel brut _____ \$ Expliquez : _____ <b>Autre emploi</b> Occupez-vous plus d'un emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Votre lésion vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

7 • Réclamation pour orthèse ou prothèse endommagée par le fait du travail	
J'atteste que ces frais ne sont pas remboursés par un régime d'assurance de l'entreprise.	Signature de l'employeur _____ A A A A M M J J

8 • Déclaration et autorisation	
Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques. Quiconque fait une fausse déclaration commet une infraction et est passible d'une amende.	Signature du travailleur ou de son représentant _____ A A A A M M J J
Conformément à l'article 270 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, le travailleur ou son représentant remet à l'employeur une copie du présent document dûment rempli et signé.	
Si l'événement a causé le décès, nommez la personne à contacter et la date du décès.	Personne à contacter (conjoint, liquidateur, etc.) Téléphone _____ Date du décès A A A A M M J J

9 • Autorisations de communiquer et de recueillir des renseignements	
J'autorise tout professionnel de la santé, tout intervenant de la santé, tout établissement de la santé et des services sociaux ou toute clinique à communiquer à la CNESST les renseignements relatifs à mon état de santé concernant le traitement de ma réclamation. J'autorise également la CNESST à communiquer les renseignements contenus à mon dossier qui sont nécessaires à l'obtention de services de réadaptation, dans le cadre du traitement de ma réclamation, à tout fournisseur en réadaptation avec qui la CNESST fait affaire. À moins d'une révocation écrite de ma part, ces présentes autorisations demeurent valides jusqu'à la fin du traitement de ma réclamation.	Signature du travailleur _____ A A A A M M J J
Certains renseignements concernant le travailleur pourraient être transmis à d'autres organismes gouvernementaux qui ont signé avec la CNESST des ententes sur l'échange d'information, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.	

## ANNEXE A-3

Nom :  
Matricule :  
Dossier  
CNESST :  
Dossier TAT :  
Date évènement :  
Date invalidité :  
Employeur :

**Objet : Représentation au dossier**

Madame,  
Monsieur,

Par la présente, j'autorise le comité de santé et de sécurité au travail du **Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)** à me représenter afin de faire valoir mes droits auprès de l'employeur..... et des différentes instances de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) et du Tribunal administratif du travail (TAT), en lien avec le dossier mentionné en rubrique.

À cette fin, j'autorise la transmission et la communication des renseignements tant administratifs que médicaux en lien avec ledit dossier. Veuillez également lui faire parvenir une **copie complète de mon dossier** ainsi que toutes autres pièces justificatives futures requises à l'exercice du présent mandat.

Le présent mandat n'est pas limité dans le temps à moins d'avis contraire de ma part à cet effet, ou la production d'un mandat plus récent.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_