



**SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION**

**VALIDATION DU CERTIFICAT MÉDICAL EN LIEN AVEC LE HANDICAP ET LES LIMITATIONS**

**ANALYSE DE LA DEMANDE PAR LE COMITÉ D'ÉVALUATION (BSCAT-BRP ET DOTATION)**

Nom des membres :

**SOLUTIONS ENVISAGÉES** Veuillez indiquer par priorité

SOLUTIONS	COÛTS ESTIMÉS	ORGANISATION DU TRAVAIL	SÉCURITÉ ET DROITS D'AUTRUI
Solution 1			
Solution 2			
Solution 3			
Solution 4			

**RENCONTRES AVEC L'EMPLOYÉ, LE REPRÉSENTANT DU SGPDC ET, AU BESOIN, LE SYNDICAT CONCERNÉ**

**MISE EN ŒUVRE DE L'ACCOMMODEMENT ET SUIVI**

Unité administrative impliquée : \_\_\_\_\_ Responsable : \_\_\_\_\_

**SUIVI :**